

МЕДИЦИНА 

# Медицинское право

краткий курс лекций

ВЫСШЕЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Л.В. Воробьева

Феникс

Серия  
«Медицина»

Л. В. ВОРОБЬЕВА

# МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

---

Краткий курс лекций



Ростов-на-Дону  
«ФЕНИКС»  
2014

УДК 34:61(075.8)  
ББК 67.4+51.1(2)6я73  
КТК 076  
В75

**Воробьева Л. В.**

**В75** Медицинское право : краткий курс лекций / Л. В. Воробьева. — Ростов н/Д : Феникс, 2014. — 171, [2] с — (Медицина).

**ISBN 978-5-222-21496-1**

Учебное пособие соответствует Федеральному государственному образовательному стандарту для высших учебных заведений. Цель курса «Медицинское право» состоит в том, чтобы дать студентам основные теоретические представления об особенностях регулирования правоотношений в сфере медицины и здравоохранения, научить студентов применять нормы законодательства о здравоохранении в Российской Федерации к конкретным ситуациям. При разработке пособия использовались правовые акты по состоянию на 01.04.2013.

**ISBN 978-5-222-21496-1**

УДК 34:61(075.8)  
ББК 67.4+51.1(2)6я73

© Воробьева Л. В., 2014

© Оформление: ООО «Феникс», 2014

# ПРЕДИСЛОВИЕ



Учебный курс «**Медицинское право**» относится к дисциплинам регионального компонента Государственного образовательного стандарта по специальности «Юриспруденция». **Цель курса** состоит в том, чтобы дать студентам основные теоретические представления об особенностях регулирования правоотношений в сфере медицины и здравоохранения, научить студентов применять нормы законодательства о здравоохранении в Российской Федерации к конкретным ситуациям.

**Основными задачами курса** являются:

- анализ предмета, метода, источников, системы и принципов медицинского права, особенностей правоотношений в области здравоохранения;
- изучение международно-правовых медицинских стандартов и конституционных гарантий Российской Федерации в области охраны здоровья;
- характеристика системы здравоохранения и органов управления в области здравоохранения Российской Федерации, порядка финансирования здравоохранения и форм медицинского страхования;
- выявление особенностей прав различных категорий граждан на охрану здоровья; исследование правового статуса медицинских работников;
- анализ правовых аспектов новейших видов медицинской помощи донорства, трансплантации органов и тканей, биотехнологий — генной инженерии, искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, клонирования и др.;
- выявление особенностей и характеристика различных видов медицинской экспертизы;
- исследование основ санитарно-эпидемиологического надзора и медицинской профилактики;

- изучение способов и порядка разрешения и предупреждения споров и конфликтов при оказании медицинской помощи, а также правовых последствий оказания ненадлежащей медицинской помощи.

**В результате изучения дисциплины «Медицинское право» специалист должен:**

- знать законодательство о здравоохранении Российской Федерации и практику его применения, ориентироваться в специальной литературе;
- толковать и применять законы и другие нормативные правовые акты, регулирующие отношения в области здравоохранения;
- обеспечивать соблюдение законодательства о здравоохранении в деятельности государственных органов, физических и юридических лиц;
- юридически правильно квалифицировать факты и обстоятельства, вытекающие из отношений в области здравоохранения;
- разрабатывать документы правового характера, осуществлять правовую экспертизу нормативных актов, давать квалифицированные юридические заключения и консультации по проблемам, возникающим из фактов оказания медицинских услуг ненадлежащего качества и нарушения прав граждан на охрану здоровья;
- принимать правомерные решения и совершать иные юридические действия в точном соответствии с Конституцией Российской Федерации и законодательством о здравоохранении России;
- устанавливать факты правонарушений в области здравоохранения, определять меры ответственности и наказания виновных; предпринимать необходимые меры к восстановлению нарушенных прав.



## ПОНЯТИЕ И СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

---

**Предмет и метод медицинского права.** Одной из тенденций развития и совершенствования системы российского права является ее дальнейшая структуризация, выделение новых межотраслевых институтов, подотраслей и отраслей, таких как муниципальное, банковское, бюджетное, налоговое, информационное. Серьезные 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<sup>1</sup>.

Для формирования самостоятельной отрасли права особо значимы четыре критерия — своеобразие и качественная однородность тех или иных общественных отношений (иными словами, наличие предмета правового регулирования), распространенность 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

---

<sup>1</sup> См. *Воробьева Л.В.* Медицинское право: учебное пособие. — Тамбов: изд-во ГОУ ВПО ТГТУ, 2010. — С. 9.

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.)<sup>1</sup>. 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, обуславливаемых 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

---

<sup>1</sup> Буланова Л.В., Воробьев Н.И. О некоторых этических и правовых аспектах ВИЧ/СПИДА // Медицина, этика, религия и право: материалы конференции / сост. В.И. Шамшуриной. — М.: Международный университет (в Москве), 2000. — С. 116.

и прогресса в экономике и социальной жизни. Последнее десятилетие характеризуется крупными сдвигами в медицинской науке и биологии, определяющими качество и продолжительность человеческой жизни, возможности излечения наследственных заболеваний, разнообразной трансплантологии, биотехнологии и клонировании. 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 приведет к созданию нового хозяйственного механизма здравоохранения. Его основой становятся экономические и юридические категории, базирующиеся на расчете 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, причиненный 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 надлежащих 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 закрепленные 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 являются первейшими жизненными потребностями человека, то их удовлетворение всеми незапрещенными 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.), оказание помощи в пределах установленного минимального стандарта, в рамках государственных или иных программ за счет 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 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 иммуно-дефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Все эти медицинские отношения лежат в сфере публичного (административного) права. Их участниками являются наделенные компетенцией уполномоченные органы и учреждения, на граждан возлагается обязанность выполнять предписанные законом мероприятия, им представляются специальные гарантии прав и свобод.

Сложились 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 кодекс, имеются нормы административного, гражданско-процессуального права. Медицинский кодекс должен закрепить указанное многообразие методов правового регулирования, установить регулятивные начала (дозволения и запреты), границы их действия.

На данный момент административно-правовой метод правового регулирования в области здравоохранения продолжает играть весьма важную роль, так как многие отношения здесь регламентируются административными актами: положениями, инструкциями, правилами и т.д. Такими актами определяются служебные права и обязанности работников здравоохранения, «технология» лечения, санитарно-профилактической деятельности, медицинской реабилитации, правонарушения в области охраны здоровья.

Учитывая растущую социальную и экономическую значимость медицины, не уменьшающееся число врачебных ошибок и других нарушений требований медицинской этики и деонтологии<sup>1</sup>,

---

<sup>1</sup> Деонтология — совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников.

вплоть до преступлений, высокую ответственность врачей и других представителей медицинской профессии перед людьми и обществом в целом, было признано необходимым разработать специальный раздел права — медицинское право. Такое предложение было рассмотрено в 1977 г. на IV Международной медико-правовой конференции в Праге. Сегодня медицинское право — это 16-я отрасль права, признанная наряду с другими отраслями, такими как уголовное, гражданское, трудовое, семейное и пр. Проблема правовой регламентации медицинской деятельности и защиты прав и законных интересов граждан России в области охраны здоровья имеет исключительное значение. Главные причины тому — несовершенство медицинской законодательной базы, отсутствие реальных (а не декларативных) правовых механизмов обеспечения охраны здоровья, правовой нигилизм медицинского персонала и юридическая неграмотность населения, социально-правовая незащищенность как пациента, так и медицинского работника.

Среди основных направлений качественного улучшения ситуации в отечественном здравоохранении наряду с другими следует назвать:

- совершенствование нормативно-правовой базы сферы охраны здоровья (законодательный уровень);
- признание медицинского права как самостоятельной отрасли права (научно-теоретический уровень).

Становление новой отрасли права — процесс в достаточной степени длительный, зависящий от множества факторов и составляющих. Вот некоторые причины, свидетельствующие о возможности рассмотрения медицинского права в качестве «претендента» на самостоятельность:

- действующий классификатор правовых актов предусматривает наличие отрасли законодательства, регулирующей вопросы здравоохранения;
- учебные программы юридических и медицинских вузов все чаще содержат специальные разделы по медицинскому праву, а в самих учебных заведениях организуются

самостоятельные кафедры для преподавания медицинского права;

- диссертационные исследования, выполняемые по отраслям юридической науки, нередко посвящены актуальным проблемам юридического обеспечения медицинской деятельности;
- научно-практические конференции всероссийского и международного уровня организуются и проводятся для обсуждения и решения значимых вопросов медицинского права;
- в системе Российской академии медицинских наук, имеющей государственный статус, в 2004 г. открыто новое научное направление — «медицинское право»;
- издание журналов, сборников, монографий по медико-правовому направлению.



Отношения, связанные со здравоохранением и медициной регулируются многими нормативными правовыми актами. Указом Президента Российской Федерации от 15 марта 2000 г. № 511 «О классификаторе правовых актов» (с посл. изм.) выделен специальный раздел, посвященный здравоохранению, — 140.010.000.

Это дает основания говорить о наличии самостоятельной отрасли законодательства — законодательства о здравоохранении. В качестве составных частей отрасли законодательства о здравоохранении выделяются нормативные акты по таким направлениям, как:

- управление в сфере здравоохранения;
- медицинское страхование;
- медицинские учреждения;
- медицинская экспертиза и др.

До недавнего времени структура базового юридического образования предусматривала изложение вопросов нормативно-правового обеспечения медицинской деятельности для будущих юристов в рамках государственного, гражданского, уголовного права. Будущие же врачи знакомились с проблемами медицинского права на кафедрах судебной медицины, социальной гигиены и организации здравоохранения, истории медицины, общественных наук<sup>1</sup>.

Характерной чертой современного этапа становления российской правовой системы является увеличение (расширение) за-

---

<sup>1</sup> *Пицита А.Н.* Проблемы правового регулирования здравоохранения // Российская юстиция. 2005. № 9.

конодательства о здравоохранении и медицине. В то же время законодательство об охране здоровья граждан имеет выраженный комплексный характер, который опосредуется проявлением регулятивных норм различных отраслей права при регламентации сложных правоотношений в сфере здравоохранения. В силу особого отношения государства к охране здоровья населения, возведения отношений по охране здоровья в конституционный ранг (ст. 41 Конституции Российской Федерации), в данных отношениях наблюдается ярко выраженная публичность регулирующего эти отношения законодательства с преобладанием административно-регулятивной функции, несмотря на общий комплексный характер законодательства о здравоохранении.

Структура законодательства о здравоохранении как комплексное образование включает в себя Конституцию Российской Федерации и целый ряд нормативных правовых актов, конкретизирующих ее положения.

В ст. 2, 7, 20, 41 Конституции Российской Федерации одной из основных задач Российского государства определена задача охраны здоровья людей, создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека, закреплены права граждан России на жизнь и здоровье.

Конкретизирована данная обязанность государства по охране здоровья населения в целом комплексе федеральных законов, среди которых особо (по своей значимости) следует выделить следующие:

- Федеральный закон (далее ФЗ) от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»<sup>1</sup>;
- ФЗ от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»<sup>2</sup>;

<sup>1</sup> Собрание законодательства Российской Федерации (далее – СЗ РФ). 2011. № 48. С. 6724.

<sup>2</sup> СЗ РФ. 2001. № 26. Ст. 2581.

- ФЗ от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»<sup>1</sup>;
- ФЗ от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»<sup>2</sup>;
- ФЗ от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «Об обращении лекарственных средств»<sup>3</sup>;
- ФЗ от 08.01.1998 г. № 3-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «О наркотических средствах и психотропных веществах»<sup>4</sup>;
- ФЗ от 09.01.1996 г. № 3-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «О радиационной безопасности населения»<sup>5</sup>;
- ФЗ от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»<sup>6</sup>;
- ФЗ от 23.02.1995 г. № 26-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах»<sup>7</sup>;
- Закон Российской Федерации от 09.06.1993 г. № 5142-1 (с посл. изм. и доп.) «О донорстве крови и ее компонентов»<sup>8</sup>;
- Закон Российской Федерации от 14.05.1993 г. № 4979-1 (с посл. изм. и доп.) «О ветеринарии»<sup>9</sup>;
- Закон Российской Федерации от 22.12.1992 г. № 4180-1 (с посл. изм. и доп.) «О трансплантации органов и (или) тканей человека»<sup>10</sup>;

<sup>1</sup> СЗ РФ. 1999. № 14. Ст. 1650.

<sup>2</sup> СЗ РФ. 1998. № 38. Ст. 4736.

<sup>3</sup> СЗ РФ. 2010. № 16. Ст. 1815.

<sup>4</sup> СЗ РФ. 1998. № 2. Ст. 219.

<sup>5</sup> СЗ РФ. 1996. № 3. Ст. 141.

<sup>6</sup> СЗ РФ. 1995. № 14. Ст. 1212.

<sup>7</sup> СЗ РФ. 1995. № 9. Ст. 713.

<sup>8</sup> Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации (далее – Ведомости СНД и ВС). 1993. № 28. Ст. 1064.

<sup>9</sup> Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 24. Ст. 857.

<sup>10</sup> Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 2. Ст. 62.

- Закон Российской Федерации от 02.07.1992 г. № 3185-1 (с посл. изм. и доп.) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»<sup>1</sup>;
- ✓ • ФЗ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»<sup>2</sup>;
- ФЗ от 20.05.2002 г. № 54-ФЗ «О временном запрете на клонирование человека»;
- ФЗ от 10.01.2001 г. № 87-ФЗ «Об ограничении курения табака».

В соответствии с положениями ст. 72 Конституции Российской Федерации (п. «ж»), координация вопросов о здравоохранении отнесена к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Поэтому к законодательству о здравоохранении относятся также законы и подзаконные акты субъектов Российской Федерации, устанавливающие нормы регулирования отношений в рассматриваемой сфере.

Анализ приведенного выше перечня основных законов, регулирующих общественные отношения в сфере здравоохранения, показывает, насколько разнятся эти законы по характеру регулируемых отношений. Законы «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», «Об обращении лекарственных средств» по степени широты охватываемых ими отношений несоизмеримы по сравнению, например, с Законом «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» или даже с Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», несмотря на всю его значимость с точки зрения защиты прав человека. Очевидно, что установившаяся структура законодательства о здравоохранении в настоящее время чрезвычайно неоднородна по своему составу, это обусловлено, в первую очередь, спецификой регулируемых этим законодательством общественных отношений, во-вторых, уровнем законодательной разработанности этой области.

<sup>1</sup> СЗ РФ. 1998. № 30. Ст. 3613.

<sup>2</sup> СЗ РФ. 2010. № 49. Ст. 6422.

Тем не менее, имея свои цели и задачи указанные нормативные документы, взятые в отдельности, выполняют очень значимую роль в достижении общей социальной задачи — обеспечение правовой базой деятельности по охране здоровья граждан.

Необходимость объединения названных нормативных актов в области охраны здоровья граждан в единый законодательный комплекс вытекает из того, что любой из этих нормативных актов не может надлежащим образом выполнить свою социальную задачу изолированно от других.

Раскрывая механизм правового регулирования отношений в области здравоохранения в России следует отметить Закон Российской Федерации «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», сыгравший значительную роль в становлении и развитии нынешней системы законодательства о здравоохранении и медицине. Данный закон был принят 22.07.1993 г. и вступил в силу 18.08.1993 г.

Государство в Основах объявляло, что обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национального языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Основы декларировали также, что государство гарантирует защиту от дискриминации, связанной с наличием у гражданина заболевания. В действительности граждане в Российской Федерации не могли добиться равенства со здоровыми в праве на труд, если в связи с заболеванием или травмой они имеют дефект функции или только внешний дефект.

Впервые в Основах была определена компетенция субъектов Российской Федерации, которые обеспечивают на своих территориях выполнение федерального законодательства и обладают законодательной инициативой в области охраны здоровья граждан, а также осуществляют контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи. В ст. 3 Основ оговаривались полномочия высших органов государственной власти и управления в области охраны здоровья граждан. Президент Российской Федерации помимо издания соответствующих указов не реже

одного раза в год должен выступать в законодательном органе власти с докладом о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состояния здоровья населения.

В настоящее время данный закон утратил свою силу, поскольку принят и вступил в действие новый Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»<sup>1</sup>.

Новый Федеральный закон более полно, четко и комплексно регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации. В нем законодательно определены, в частности, понятия: «здоровье», «охрана здоровья», «медицинская помощь», «профилактика», «лечение», «пациент», «медицинский работник», «фармацевтический работник», «лечащий врач», «заболевание», «качество медицинской помощи», «медицинский осмотр», «диспансеризация» и др.

Федеральным законом установлены:

- основные принципы охраны здоровья, к которым в том числе отнесены соблюдение прав граждан и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет охраны здоровья детей; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья, доступность и качество медицинской помощи;
- права отдельных категорий граждан на охрану здоровья (работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, военнослужащие);
- права семьи в сфере охраны здоровья, права беременных женщин и матерей, несовершеннолетних;
- особенности организации оказания медицинской помощи отдельным категориям больных, в том числе страдающим социально значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, редкими (орфанными) заболеваниями.

---

<sup>1</sup> СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

В названном Федеральном законе определено, как обеспечивается право граждан на охрану здоровья, как реализуется право на медицинскую помощь, установлены порядок предоставления медицинской помощи в гарантированном объеме без взимания платы и порядок получения платных услуг, перечислены права пациента, раскрыто понятие и описана процедура дачи информированного согласия пациента на медицинское вмешательство (отказа от него), установлены порядок получения пациентом информации о состоянии его здоровья и о факторах, влияющих на здоровье, а также порядок выбора гражданином врача и медицинской организации.

Новым Федеральным законом установлена государственная система здравоохранения, а также муниципальная и частная системы здравоохранения, определен порядок их функционирования. Определены источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья, перечень видов медицинской помощи и перечень медицинских услуг, не подлежащих оплате за счет личных средств граждан, состав программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и порядок ее утверждения, а также состав территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и порядок их утверждения. Разграничены полномочия в сфере охраны здоровья между федеральными органами исполнительной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления.

В указанном Федеральном законе определены виды медицинской помощи (первичная медико-санитарная, специализированная, в том числе высокотехнологичная, скорая, паллиативная), ее формы (экстренная, неотложная, плановая) и условия ее оказания (вне медицинской организации, амбулаторно, в стационаре), установлено, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками, обязательными для исполнения на всей территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, и на основе стандартов медицинской помощи.

В законе урегулированы также вопросы, связанные с рождением ребенка, применением вспомогательных репродуктивных технологий, донорством органов и тканей человека и их трансплантацией (пересадкой).

Принятый закон гарантирует право всем жителям России на бесплатную медицинскую помощь, в том числе паллиативную, вводит единые стандарты для ее оказания, уточняет порядок оказания платных медицинских услуг. Закон также закрепляет право профессиональных медицинских сообществ участвовать в разработке стандартов, протоколов лечения и тарифов в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Кроме того, впервые на законодательном уровне описывает правовые основы трансплантологии и лекарственного обеспечения больных с редкими заболеваниями. В нем предусматривается запрет на клонирование человека и эвтаназию.

В Федеральном законе определены:

- цели проведения и процедуры проведения медицинских экспертиз (экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная, военно-врачебная, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы, экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией, экспертиза качества медицинской помощи), а также медицинского освидетельствования;
- намечены медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека, процедура проведения патолого-анатомических вскрытий и порядок использования тела, органов и тканей умершего человека.

Федеральным законом урегулированы отношения, связанные с осуществлением медицинской и фармацевтической деятельности, в том числе:

- определены права и обязанности медицинских организаций;
- определены права и обязанности медицинских и фармацевтических работников, установлены ограничения, налагаемые на этих работников при осуществлении ими профессиональной деятельности;

- прописаны особенности функционирования профессиональных организаций, создаваемых медицинскими и фармацевтическими работниками на основе принадлежности к указанным категориям работников, либо принадлежности к профессии (врачи, медицинские сестры, фельдшеры, провизоры, фармацевты), либо принадлежности к одной врачебной специальности.

В законе урегулированы вопросы, связанные с осуществлением контроля качества и безопасности медицинской деятельности, определены формы и способы его осуществления, а также порядок осуществления государственного контроля за обращением медицинских изделий. Установлена ответственность за нарушение прав граждан в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи.

Некоторые важные отношения в системе здравоохранения регламентируются подзаконными нормативными актами. В частности, Указами Президента РФ регулируются отдельные вопросы охраны здоровья. Например, есть Указ Президента России от 17.02.1995 г. № 161 «О гарантиях права граждан на охрану здоровья при распространении рекламы»<sup>1</sup>. Одним из важных юридических документов последнего времени является Указ Президента России от 7.12.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»<sup>2</sup>

Правительство Российской Федерации в рамках своих полномочий разрабатывает и принимает важные правовые акты по вопросам здравоохранения и оказания медицинской помощи, в частности, утверждает и финансирует федеральные программы по развитию здравоохранения, координирует деятельность органов государственного управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности в области охраны здоровья граждан. Так, например, Постановление Правительства Российской Федерации от 13.08.1996 г. № 965 «О по-

---

<sup>1</sup> Российская газета. 1995, 22 апреля.

<sup>2</sup> Российская газета. 2012. 9 мая, Федеральный выпуск № 5775.

рядке признания граждан инвалидами»<sup>1</sup>, Постановление Правительства Российской Федерации № 350 от 25.03.1996 г. «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности»<sup>2</sup> и др.

Еще одной особенностью регулирования медицинской деятельности в России является огромное количество административных актов, т.е. приказов Министерства здравоохранения (и социального развития) РФ. Назовем для примера Приказ Министерства Минздрава России от 26.11.2012 г. «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра». Такого рода правовых документов еще в 1988 г. насчитывалось до 5 тысяч<sup>3</sup>. Безусловно, такие акты принимаются с целью всестороннего и детального правового регулирования рассматриваемых отношений. Необходимо, однако, разумно расставлять акценты в таком регулировании. Так, если речь идет о регулировании чисто «технологических» лечебных вопросов (порядке осуществления той или иной терапевтической процедуры, метода лечения, профилактики), то применение административных актов вполне оправданно. Однако в случае, если профессиональная деятельность работника здравоохранения затрагивает права граждан, то соответствующие отношения должны регулироваться исключительно законом. К сожалению, большинство ведомственных нормативных актов в области здравоохранения не публиковалось в открытой печати и поэтому основная часть граждан не могла ознакомиться с ними, и, следовательно, сами пациенты лишены понимания процесса оказания им медицинских услуг, а медицинские работники в своей деятельности только и прислушиваются к ведомственным актам, напрочь забывая о законах, имеющих, как известно, высшую юридическую силу.

<sup>1</sup> Российская газета. 2006, 28 февраля.

<sup>2</sup> СЗ РФ. 1996. № 14. Ст. 1455; 2001. № 22. Ст. 2247; 2002. № 27. Ст. 2710; 2007. № 5. Ст. 656; 2008. № 15. Ст. 1551.

<sup>3</sup> Алисимов В., Гладун О., Шиленко Ю. Здравоохранение в новых условиях хозяйствования // Российская юстиция. 1991. № 8. С. 23.

Вместе с тем, в области здравоохранения выявился ряд проблем, порожденных практикой правотворчества и отрицательно сказывающихся на качестве законодательных актов.

Например, работа над проектами Основ законодательства об охране здоровья граждан и Закона о психиатрической помощи велась в Верховном Совете Российской Федерации одновременно. При этом законодательный акт более общего действия (Основы) должен был предшествовать специальному (медико-отраслевому). Однако реальный законотворческий процесс сложился иначе. Проект специального психиатрического закона оказался готовым значительно раньше. В результате, он был принят в июле 1992 г. и вступил в действие с 01.01.1993 г., тогда как Основы удалось принять лишь в июле 1993 г. Они вступили в действие 18.08.1993 г. Таким образом, логическая последовательность законотворчества, когда нормы специального закона должны опираться на положения более общего и уже существующего, была нарушена, что отрицательно сказалось на содержании обоих законодательных документов. В них имеются повторы, противоречия, некоторые иные технико-юридические погрешности.

В 1995 г. был подготовлен проект федерального закона, посвященный правам пациентов, — «О правах и безопасности пациентов в сфере здравоохранения». В концептуальном плане законопроект сосредоточен на решении следующих задач:

- установить взаимосвязь между политическими, экономическими, гражданскими, социальными и культурными правами человека и правами пациентов, составляющими особую категорию этих прав;
- определить сферу ограничения прав пациентов в случаях, когда их осуществление может угрожать общественному здоровью;
- установить механизмы защиты прав пациентов и контроля за их соблюдением, в том числе через создание комитетов по правам пациентов, действующих на уровне Российской Федерации, субъектов Федерации.

Введение законопроекта в силу могло способствовать обеспечению безопасности в сфере здравоохранения, росту правовой культуры и правосознания народа, укреплению правопорядка в стране. Однако проект данного закона<sup>1</sup>, к сожалению, так и остался проектом, не воплотившись в действующий законодательный акт.

Детальный анализ законодательства о здравоохранении показывает, что перечисленные выше законы имеют множество недостатков содержательного и технико-юридического характера. Практически все они были приняты до вступления в силу нового Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Связи между разными «медицинскими» законами порой схематичны, а в некоторых случаях вообще прослеживаются слабо. Кроме того, законы, регулирующие отношения в сфере здравоохранения, практически не ссылаются и не опираются друг на друга. Например, Закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» никак не связан с Законом «О лекарственных средствах», несмотря на то, что для профилактики и ранней диагностики этого заболевания используются именно лекарственные средства.

В то же время наблюдается дублирование предписаний законодательства, устанавливаемых этими законами. Так, Закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» дополнительно требует обеспечение государственного контроля над производством, хранением и транспортировкой противотуберкулезных вакцин и иммунобиологических лекарственных средств для ранней диагностики туберкулеза, их качеством, эффективностью и безопасностью, полностью игнорируя то обстоятельство, что абсолютно идентичные требования установлены Законом «О лекарственных средствах» в отношении всех без исключения лекарственных средств, в том числе и лекарств для предупреждения и лечения туберкулеза.

---

<sup>1</sup> *Денисенко Б.А. О правах пациента: (о проекте ФЗ «О правах пациента») // Гудок. 1995 г. 31 августа. Стр. 6.*

В целом, многие законы, принятые в начале и середине 90-х гг. XX века, давно нуждаются в соответствующих изменениях и дополнениях с учетом современных реалий.

Таким образом, на сегодняшний день всю совокупность актов законодательства о здравоохранении с некоторой натяжкой можно отнести все же к комплексной отрасли законодательства, нежели к нормативному массиву (комплексу), находящемуся в стадии активного превращения и формирования в комплексную отрасль российского законодательства<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> *Сергеев Ю.Д., Милушин М.И.* Становление и теоретические проблемы российского законодательства о здравоохранении // *Медицинское право.* 2005. № 3.



## ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ГОСУДАРСТВО

---

**Система здравоохранения.** Согласно ст. 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (*далее* — Федеральный закон «Об основах охраны здоровья...») здравоохранение (или охрана здоровья) — это система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи<sup>1</sup>.

Достижение указанных целей обеспечивается путем: 1) государственного регулирования в сфере охраны здоровья, в том числе нормативного правового регулирования; 2) разработки и осуществления мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и по формированию здорового образа жизни населения; 3) организации оказания первой помощи, всех видов медицинской помощи, в том числе гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, редкими (орфанными)

---

<sup>1</sup> СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

заболеваниями; 4) обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; 5) обеспечения определенных категорий граждан Российской Федерации лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания в соответствии с законодательством Российской Федерации; 6) управления деятельностью в сфере охраны здоровья на основе государственного регулирования, а также саморегулирования, осуществляемого в соответствии с федеральным законом (ст. 29 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Система здравоохранения в широком смысле — это совокупность всех организаций, институтов, форм (методов) управления и ресурсов, предназначенных и используемых в целях улучшения здоровья населения. В основе ее построения лежат определенные принципы, которые в конечном итоге определяют ее структуру, цели и задачи, позволяют оценить результаты работы. Основные принципы охраны здоровья закреплены в главе 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...». Согласно ст. 4 указанного закона таковыми являются: 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 реальности здравоохранение развивается как комплексная система, где каждый элемент, каждое звено, каждый уровень играет свою роль, но при этом неразрывно связан с другими. В современных условиях, когда все большее внимание уделяется удовлетворению потребностей населения в качественной медицинской помощи для успешного функционирования системы здравоохранения необходимы достаточные кадровые ресурсы,

финансовые средства, материалы и оборудование, транспорт, технологии, информация и коммуникации, а также современные управленческие структуры.

Через систему здравоохранения обеспечивается реализация **здравоохранительной политики государства**, определенной на ближайшие годы Указом Президента Российской Федерации от 7.05.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»<sup>1</sup>. Данным указом намечен ряд мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья граждан, увеличение продолжительности их жизни. Позднее они конкретизированы в «Государственной программе развития здравоохранения Российской Федерации», утвержденной распоряжением Правительства РФ от 24 декабря 2012 г. № 2511-р<sup>2</sup>. Эта государственная программа определяет цели, задачи, основные направления развития здравоохранения, механизмы их реализации и финансовое обеспечение на период до 2020 года. Она отражает основные подходы к решению таких основополагающих для отрасли вопросов, как совершенствование инфраструктуры здравоохранения, формирование единой профилактической среды, повышение качества оказываемой медицинской помощи, повышение уровня подготовки медицинских кадров и заработной платы в отрасли<sup>3</sup>.

Государственная программа включает подпрограммы: «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи»; «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, медицинской эвакуации»; «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики и лечения»; «Охрана здоровья матери и ребенка»; «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям»; «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» и др. (всего 11 подпрограмм).

<sup>1</sup> СЗ РФ. 2012. № 19. Ст. 2335.

<sup>2</sup> СЗ РФ. 2012. № 53 (ч. 2).

<sup>3</sup> <http://www.rosminzdrav.ru/health/72>

Непосредственными результатами реализации государственной программы будут являться выраженные к 2020 году в конкретных показателях: снижение смертности от всех причин (в том числе материнской и младенческой смертности, смертности от болезней системы кровообращения) в расчете на 1000 населения; снижение потребления алкогольной продукции (литров на душу населения в год); снижение распространенности потребления табака среди взрослого населения, а также среди детей и подростков (процент); снижение заболеваемости туберкулезом (на 100 тыс. населения); увеличение ожидаемой продолжительности жизни; увеличение обеспеченности врачами (на 10 тыс. населения); увеличение средней заработной платы врачей и иных медицинских работников и др.<sup>1</sup>

В соответствии с ч. 2 ст. 29 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...» организация охраны здоровья в России основывается на функционировании и развитии **государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения**. Это своего рода три подсистемы общей всероссийской системы здравоохранения, управляемой органами публичной (государственной и муниципальной) власти.

Государственную систему здравоохранения, согласно ч. 3 ст. 29 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»; составляют: 1) федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы, Российская академия медицинских наук; 2) исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти (за исключением упомянутых федеральных органов исполнительной власти); 3) подведомственные федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по

---

<sup>1</sup> <http://www.rosminzdrav.ru/health/72/gprzo.pdf>

обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

В государственной системе здравоохранения выделяются два уровня — федеральный и региональный (уровень субъектов Российской Федерации). В зависимости от того, на какой государственной собственности — федеральной или региональной, функционируют и каким органам управления подчинены медицинские организации, лечебно-профилактические и фармацевтические учреждения и предприятия, они относятся соответственно к федеральному или региональному уровню государственной системы здравоохранения. В то же время все они независимо от формы собственности и подчиненности являются юридическими лицами и самостоятельно осуществляют свою деятельность в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья...», другими федеральными, региональными и муниципальными нормативными правовыми актами.

**Государственное управление в сфере здравоохранения.** Управление системой здравоохранения обеспечивает государство. Некоторые его институты (органы) выступают в качестве элементов самой системы здравоохранения.

Отталкиваясь от классического понятия государственного управления<sup>1</sup> можно определить, что государственное управление здравоохранением — это практическое, организующее и регулирующее воздействие государства через систему своих органов на общественную и частную жизнедеятельность людей в целях обеспечения охраны здоровья населения, оказания надлежащей медицинской помощи и медицинских услуг гражданам.

В соответствии со ст. 9 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...» органы государственной власти и органы местного самоуправления, медицинские организации и иные

---

<sup>1</sup> *Атаманчук Г.В.* Теория государственного управления: учебник. — 2-е изд., стер. — М.: Омега-Л, 2011. — С. 514.

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

В рамках системы здравоохранения соответствующими государственными и муниципальными органами осуществляются нормотворческие, организационные, координационные, информационные, ресурсообеспечительные, контрольные и иные полномочия, а медицинскими организациями — собственно медицинская (лечебная) деятельность.

В Российской Федерации стратегически важные функции и полномочия в сфере здравоохранения осуществляются на **федеральном уровне**. Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья определены ст. 14 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...». К ним относятся:

- 1) проведение единой государственной политики в сфере охраны здоровья;
- 2) защита прав и свобод человека и гражданина в сфере охраны здоровья;
- 3) управление федеральной государственной собственностью, используемой в сфере охраны здоровья;
- 4) организация системы санитарной охраны территории Российской Федерации;
- 5) организация, обеспечение и осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- 6) реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах;
- 7) лицензирование отдельных видов деятельности в сфере охраны здоровья (за исключением тех видов деятельно-

- сти, лицензирование которых осуществляется органами государственной власти субъектов Российской Федерации);
- 8) организация и осуществление контроля в сфере охраны здоровья (в том числе за соблюдением требований технических регламентов в сфере охраны здоровья);
  - 9) ведение федеральных информационных систем, федеральных баз данных в сфере здравоохранения (в том числе обеспечение конфиденциальности содержащихся в них персональных данных в соответствии с российским законодательством);
  - 10) установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья;
  - 11) организация оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи, специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи, скорой (в том числе скорой специализированной) медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи федеральными медицинскими организациями;
  - 12) организация безвозмездного обеспечения донорской кровью и (или) ее компонентами, а также организация обеспечения лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями, средствами дезинфекции, дезинсекции и дератизации при оказании медицинской помощи;
  - 13) организация медико-биологического и медицинского обеспечения спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации;
  - 14) организация и осуществление контроля за достоверностью первичных статистических данных, предоставляемых медицинскими организациями;
  - 15) мониторинг безопасности медицинских изделий, регистрация побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий, фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения вреда жизни и здоровью людей при обращении зарегистрированных медицинских изделий;

- 16) обеспечение разработки и реализации программ научных исследований в сфере охраны здоровья, их координация;
- 17) международное сотрудничество Российской Федерации в сфере охраны здоровья, включая заключение ею международных договоров.

Перечисленные полномочия осуществляет прежде всего Правительство РФ, которое в соответствии с Конституцией РФ (ст. 114 п. «в») **обеспечивает проведение** в Российской Федерации единой государственной политики в области здравоохранения. Реализуя здравоохранительную политику Российской Федерации, Правительство РФ согласно ст. 16 Федерального конституционного закона «О Правительстве Российской Федерации», в частности, принимает меры по реализации прав граждан на охрану здоровья, по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия.

**Выработку же государственной политики** и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения осуществляет федеральный орган исполнительной власти, которым является Министерство здравоохранения Российской Федерации (далее — Министерство здравоохранения РФ, Минздрав России). Во всяком случае, постановлением Правительства РФ от 31 мая 2012 г. № 533 «О некоторых вопросах организации деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и Федерального медико-биологического агентства» установлено, что Министерство здравоохранения РФ является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим **функции по выработке и реализации** государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, обращения лекарственных средств, обеспечения их качества и безопасности, медицинской помощи и медицинской реабилитации, фармацевтической деятельности, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, медико-санитарного обеспечения работников отдельных отраслей экономики с особо опасными условиями труда, медико-биологической оценки воздействия на организм человека особо опасных факторов физической и хими-

ческой природы, а также по управлению государственным имуществом в сфере здравоохранения, оказанию государственных услуг, включая оказание высокотехнологичной медицинской помощи и проведение судебно-медицинских и судебно-психиатрических экспертиз.

Министерство здравоохранения РФ руководствуется в своей деятельности Конституцией РФ, федеральными законами, актами Президента РФ и Правительства РФ, международными договорами России, а также Положением о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденным постановлением Правительства РФ от 19 июня 2012 г. № 608<sup>1</sup>.

Структурно Министерство здравоохранения РФ состоит из следующих подразделений:

Министр, назначаемый Президентом РФ;

Заместители министра; Помощники министра;

Департаменты (всего — 15):

- организации медицинской профилактики, скорой, первичной медико-санитарной помощи и санаторно-курортного дела;
- специализированной медицинской помощи и стандартизации в здравоохранении;
- медицинской помощи детям и службы родовспоможения;
- образования и кадровых ресурсов;
- охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека;
- государственного регулирования обращения лекарственных средств;
- лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий;
- анализа, прогноза, развития здравоохранения и медицинской науки;
- информационных технологий и связи;
- имущественного комплекса;

---

<sup>1</sup> СЗ РФ. 2012. № 26. Ст. 3526.

- международного сотрудничества и связей с общественностью;
- финансово-экономический департамент;
- правовой департамент;
- департамент учетной политики и контроля;
- департамент управления делами.

К полномочиям Министерства здравоохранения РФ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья...» (ч. 2 ст. 14) относит:

1) **проведение** единой государственной политики в сфере здравоохранения, разработку и реализацию программ формирования здорового образа жизни и других программ в сфере охраны здоровья, реализацию мер по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, оказанию медицинской помощи, санитарно-гигиеническому просвещению. Заметим, что данный закон в отличие от названного постановления Правительства РФ относит к полномочиям Минздрава России не выработку, а именно проведение государственной политики в сфере здравоохранения, хотя Конституция РФ (п. «в» ст. 14) возлагает это на Правительство РФ в целом;

2) **установление** требований к размещению медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;

3) **координацию** деятельности в сфере охраны здоровья федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

4) **утверждение** порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации;

5) **утверждение** соответствующей номенклатуры в сфере охраны здоровья (медицинских организаций, коечного фонда по профилям медицинской помощи, медицинских услуг, должностей медицинских и фармацевтических работников, специаль-

ностей специалистов, имеющих медицинское и фармацевтическое образование);

6) утверждение типовых положений об отдельных видах медицинских организаций, включенных в номенклатуру медицинских организаций;

7) установление общих требований к структуре и штатному расписанию медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения;

8) установление порядка организации и проведения медицинских экспертиз;

9) утверждение порядка организации и проведения экспертизы качества, эффективности и безопасности медицинских изделий;

10) утверждение правил и методик в области статистического учета и отчетности, стандартов информационного обмена в сфере охраны здоровья, применяемых медицинскими и фармацевтическими организациями;

11) утверждение порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, унифицированных форм медицинской документации, в том числе в электронном виде;

12) утверждение порядка аттестации специалистов, имеющих высшее и среднее медицинское и (или) фармацевтическое образование для присвоения им квалификационной категории;

13) утверждение порядка организации направления граждан Российской Федерации на лечение за пределы территории России за счет средств федерального бюджета;

14) утверждение порядка проведения медицинских осмотров;

15) утверждение перечня профессиональных заболеваний;

16) утверждение порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, медицинских изделий, форм рецептурных бланков на них, порядка оформления, учета и хранения этих бланков;

17) организация медицинской эвакуации граждан федеральными государственными учреждениями.

Министерство здравоохранения РФ осуществляет также иные полномочия, предусмотренные действующим законодатель-

ством (в частности, п. 7 и 8 ст. 15 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Как записано в вышеуказанном Положении, Министерство здравоохранения РФ наряду с разнообразными организационными, информационными и иными полномочиями осуществляет также нормотворческие функции. В частности, Минздрав России вносит в Правительство РФ проекты федеральных законов, нормативных правовых актов Президента РФ и Правительства РФ и другие документы, относящиеся к установленной сфере деятельности Министерства и к сферам деятельности подведомственных ему федеральной службы и федерального агентства, а также проект ежегодного плана работы и прогнозные показатели деятельности Министерства.

Кроме того, на основании и во исполнение Конституции РФ, федеральных законов, актов Президента и Правительства РФ Министерство самостоятельно принимает нормативные правовые акты. Всего Минздрав России имеет право издавать в установленном порядке в пределах своей компетенции нормативные правовые акты (судя по вышеуказанному Положению) по 208 вопросам здравоохранения и медицинской деятельности в Российской Федерации. Эти нормативные документы являются обязательными для исполнения всеми медицинскими организациями, физическими и юридическими лицами независимо от форм собственности.

Так, в соответствии с п. 1 ст. 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...», медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, а также на основе Стандартов медицинской помощи, разрабатываемых Министерством здравоохранения РФ.

В настоящее время Министерством здравоохранения РФ утверждено более 60 Порядков оказания различных видов медицинской помощи. Все они размещены на официальном сайте Министерства. Распространенным нормативным актом Минздрава России является также Стандарт медицинской помощи. Этот медико-экономический документ разрабатывается в целях планирования и организации медицинской помощи (в том чис-

ле применительно к системе обязательного медицинского страхования (ОМС), и выравнивания на основе единых для всей страны стандартов финансовых условий, в которых функционирует система здравоохранения. На данный момент Минздравом России принято более 200 таких документов, продолжается разработка новых стандартов<sup>1</sup>.

Некоторые управленческие полномочия в сфере охраны здоровья могут передаваться с федерального уровня в регионы — на уровень субъектов Российской Федерации, где они осуществляются соответствующими государственными органами. Согласно статье 15 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...» к числу таких полномочий отнесены:

1) лицензирование: а) медицинской деятельности медицинских организаций; б) фармацевтической деятельности; в) деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (в части деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации)<sup>2</sup>;

2) организация обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей лекарственными препаратами по перечню, утверждаемому Правительством РФ.

Средства на осуществление переданных полномочий предусматриваются в виде субвенций из федерального бюджета. Субвенции предоставляются в соответствии с бюджетным законодательством, носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели. Общий объем средств, предусмотренных в федеральном бюджете в виде субвенций бюджетам субъектов Российской Федерации, определяется на основании установленных методик, утверждаемых Правительством РФ.

<sup>1</sup> <http://www.rosminzdrav.ru/health/modernization/49>

<sup>2</sup> За исключением деятельности, осуществляемой организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук.

**Функции по контролю и надзору** в сфере охраны здоровья осуществляет уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, каковым является Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, действующая на основании одноименного Положения, утвержденного постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. № 323 (с последующими изм. и доп.)<sup>1</sup>. В структуру Федеральной службы входит не только центральный аппарат, но и межрегиональное информационно-аналитическое управление, управления Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации, а также подведомственные федеральные государственные бюджетные учреждения (Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы, Информационно-методический центр по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения, Всероссийский научно-исследовательский и испытательный институт медицинской техники).

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья...» (п. 9 ст. 15) Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения:

- 1) ведет единый реестр лицензий, в том числе лицензий, выданных в установленном порядке органами государственной власти субъектов Российской Федерации;
- 2) осуществляет контроль и надзор за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации установленных законом полномочий с правом направления предписаний об устранении выявленных нарушений и о привлечении к ответственности должностных лиц.

Согласно указанному Положению Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения осуществляет государственный контроль:

- над обращением медицинских изделий,
- качества и безопасности медицинской деятельности,

---

<sup>1</sup> <http://www.roszdravnadzor.ru/>

— над применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

А также осуществляет контроль над реализацией региональных программ модернизации здравоохранения и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь.

Проводит мониторинг:

— ассортимента и цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты;

— безопасности медицинских изделий (регистрацию побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий, фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения вреда жизни и здоровью людей при обращении медицинских изделий).

Размещает: по результатам мониторинга безопасности лекарственных препаратов на своем официальном сайте в сети Интернет информацию о принятых решениях о внесении изменений в инструкцию по применению лекарственного препарата, о приостановлении применения, об изъятии из обращения или о возобновлении применения такого препарата.

Осуществляет:

— в установленном порядке проверку деятельности организаций здравоохранения, аптечных учреждений, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, других организаций и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения;

— лицензирование отдельных видов деятельности;

— государственную регистрацию и ведет регистр медицинских изделий;

Выдает:

— разрешение на транзит через территорию России сильнодействующих веществ, не являющихся прекурсорами наркотических средств и психотропных веществ;

— разрешение на ввоз в Россию медицинских изделий в целях их государственной регистрации.

Принимает участие в пределах компетенции в ведении федеральных информационных систем, федеральных баз данных в сфере здравоохранения.

**Осуществляет иные функции** в установленной сфере деятельности, если такие функции предусмотрены федеральными законами, нормативными правовыми актами Президента и Правительства РФ.

Значительная часть важных управленческих функций и полномочий в сфере охраны здоровья возложена на органы государственной власти субъектов Российской Федерации. **На региональном уровне** в системе здравоохранения управленческие полномочия осуществляют министерства (управления, департаменты) здравоохранения региональных администраций и правительств в субъектах Российской Федерации.

В соответствии со ст. 16 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...» к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относятся:

1) защита прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья;

2) разработка, утверждение и реализация программ развития здравоохранения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний, организация обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а также участие в санитарно-гигиеническом просвещении населения;

3) разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования;

4) формирование структуры исполнительных органов государственной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих полномочия в сфере охраны здоровья, и установление порядка их организации и деятельности;

5) организация оказания населению первичной медико-санитарной помощи, специализированной (в том числе высоко-

технологичной) медицинской помощи, скорой (в том числе скорой специализированной) медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях субъекта Российской Федерации;

6) создание в пределах компетенции, определенной законодательством, условий для развития медицинской помощи и обеспечения ее доступности для граждан;

7) организация безвозмездного обеспечения донорской кровью и (или) ее компонентами, а также организация обеспечения лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями, средствами для дезинфекции, дезинсекции и дератизации при оказании медицинской помощи;

8) организация осуществления мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни у граждан;

9) организация осуществления мероприятий по проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации, а также санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в соответствии с российским законодательством;

10) организация обеспечения граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности;

11) координация деятельности исполнительных органов государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

12) реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах;

13) информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о возможности распространения социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, осуществляемое на основе ежегодных статистических данных, а также информирование об угрозе возникновения и о возникновении эпидемий;

14) установление мер социальной поддержки по организации оказания медицинской помощи лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, и по организации обеспечения указанных лиц лекарственными препаратами;

15) обеспечение разработки и реализация региональных программ научных исследований в сфере охраны здоровья, их координация;

16) установление случаев и порядка организации оказания первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи медицинскими работниками вне таких медицинских организаций, а также в иных медицинских организациях.

Отдельные из указанных полномочий могут быть переданы органами государственной власти субъектов Российской Федерации для осуществления органам местного самоуправления в соответствии с Федеральными законами: от 6 октября 1999 г. № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации». В этих случаях оказание медицинской помощи гражданам осуществляется медицинскими организациями муниципальной системы здравоохранения.

Кроме того, ряд полномочий в сфере охраны здоровья осуществляется непосредственно высшим должностным лицом (руководителем высшего исполнительного органа государственной власти) субъекта Российской Федерации в рамках совместной компетенции с федеральными органами. В частности, высшее

должностное лицо (губернатор) субъекта Российской Федерации: 1) по согласованию с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (т.е. с Министерством здравоохранения РФ) назначает на должность (освобождает от должности) руководителей региональных органов исполнительной власти, осуществляющих переданные им полномочия (т.е. министра или начальника управления (департамента) здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации);

2) утверждает по согласованию с министерством здравоохранения РФ структуру органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих переданные им полномочия (т.е. структуру министерства или управления (департамента) здравоохранения соответствующего субъекта Российской Федерации);

3) организует деятельность по осуществлению переданных полномочий в соответствии с федеральными законами, другими нормативными правовыми актами и иными правовыми документами (инструкциями, методическими указаниями);

4) вправе до утверждения федеральных регламентов утверждать региональные административные регламенты предоставления государственных услуг и исполнения государственных функций в части переданных полномочий (которые не могут противоречить действующим нормативным правовым актам и которые разрабатываются с учетом требований к федеральным регламентам предоставления и исполнения государственных функций);

5) обеспечивает своевременное представление в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти (т.е. в Министерство здравоохранения РФ) в установленной форме ежеквартального отчета о расходовании предоставленных субвенций сведений о лицензиях, выданных в соответствии с переданными полномочиями, о достижении целевых прогнозных показателей в случае их установления, экземпляров нормативных правовых актов, издаваемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий, и иной информации, предусмотренной нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения РФ;

б) обеспечивает ведение регионального сегмента федерального регистра лиц, страдающих определенными заболеваниями и нуждающихся в специальных лекарственных препаратах, и своевременное представление содержащихся в нем сведений в Министерство здравоохранения РФ.

**Муниципальную систему здравоохранения** (ч. 4 ст. 29 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...») составляют: 1) органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья; 2) подведомственные органам местного самоуправления медицинские организации и фармацевтические организации. Поэтому естественно, что органы местного самоуправления (представительные органы городских округов (городов) и муниципальных районов и соответствующие местные администрации) осуществляют значимые функции и полномочия в сфере муниципальной системы здравоохранения.

В соответствии с Федеральным законом «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», местные органы власти самостоятельны, не подчиняются региональному руководству, но должны выполнять требования федеральных и региональных законов и иных нормативных правовых актов (в том числе правовых актов Министерства здравоохранения РФ), регулирующих отношения в системе здравоохранения и медицинскую деятельность. В основном функции и полномочия местных администраций направлены на то, чтобы обеспечить местное население медицинским обслуживанием в объеме и на условиях, указанных федеральным законодательством. На деле же это во многом обусловлено уровнем и объемом финансирования здравоохранения, медицинской помощи и лекарственного обеспечения за счет федерального и регионального бюджетов.

Как отмечено в ст. 17 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...», к полномочиям органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов (за исключением территорий, отнесенных к закрытым административно-территориальным образованиям и некоторым другим террито-

риям — см. ст. 42 указанного Федерального закона) в сфере охраны здоровья относятся:

1) создание условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и законом субъекта Российской Федерации в пределах полномочий, установленных Федеральным законом «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»;

2) обеспечение организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения в случае передачи им в установленном законом порядке соответствующих полномочий;

3) информирование населения муниципального образования, в том числе через средства массовой информации, о возможности распространения социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, осуществляемое на основе ежегодных статистических данных, а также информирование об угрозе возникновения и о возникновении эпидемий;

4) участие в санитарно-гигиеническом просвещении населения и пропаганде донорства крови и (или) ее компонентов;

5) участие в реализации мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах;

6) реализация мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни в соответствии с законом субъекта Российской Федерации;

7) создание в соответствии с законом благоприятных условий в целях привлечения медицинских и фармацевтических работников для работы в медицинских организациях.

Заметим, что перечисленных полномочий (за исключением первого) нет в Федеральном законе «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

В то же время в этом законе в перечне вопросов местного значения муниципального района (п. 22 и 26 ч. 1 ст. 15) и городского округа (города) (п. 19 и 30 ч. 1 ст. 16) имеется: создание, развитие и обеспечение охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов местного значения на соответствующей территории, а также обеспечение условий для развития на территории муниципального района, городского округа физической культуры и массового спорта, организация проведения официальных физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий.

**Частную систему здравоохранения** составляют создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья (ч. 5 ст. 29 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). К частной системе здравоохранения относятся также физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью в качестве индивидуальных предпринимателей.

Они создаются и финансируются различными частными организациями и предпринимателями (физическими лицами) в рамках рыночных отношений и в соответствии с гражданским и финансовым законодательством. Однако медицинская деятельность, медицинская помощь и медицинские услуги осуществляются такими организациями в соответствии с законами и другими нормативными правовыми актами, регулирующими отношения в сфере здравоохранения и медицинской деятельности.

Что касается **финансирования охраны здоровья граждан** в Российской Федерации, то оно осуществляется из разных источников и предусматривает как бесплатное оказание гражданам медицинской помощи за счет средств бюджетов всех уровней (федерального, регионального и местного) и средств обязательного медицинского страхования, так и за счет средств организаций и самих граждан, в том числе за счет добровольных пожертвований. Расходы на здравоохранение и медицинское обслуживание ежегодно включаются отдельной строкой в бюджеты, которые формируются, утверждаются и исполняются уполномоченны-

ми государственными органами и органами местного самоуправления в соответствии с Бюджетным кодексом РФ и иным финансовым законодательством. Эти вопросы изучаются в рамках самостоятельной темы настоящего курса.

**Правовое положение учреждений здравоохранения и медицинских организаций.** Как бы ни рассматривалась система здравоохранения — достаточно узко или более широко, в любом случае ее основой являются медицинские учреждения и организации, оказывающие медицинскую помощь и медицинские услуги гражданам. Ежедневный доступ граждан к медицинской помощи и лечению обеспечиваются именно этими субъектами системы здравоохранения.

Помимо органов публичной власти и управления в системе здравоохранения функционирует много иных учреждений и организаций. Длительное время в официальных документах и литературе структуры, оказывающие медицинскую помощь населению, именовались медицинскими (лечебно-профилактическими) учреждениями либо учреждениями здравоохранения. Смотрите, например, действующий пока приказ Минздравсоцразвития России от 7 октября 2005 г. № 627 (с изменениями по состоянию на 19.11.2008 г.) «Об утверждении единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения»<sup>1</sup>.

Теперь в официальный оборот введен термин «медицинская организация». В п. 11 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...» определено, что медицинская организация — это юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном российским законодательством. К медицинским организациям приравниваются также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность. В то же время законодатель-

---

<sup>1</sup> Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2005. № 42.

ство о здравоохранении и медицинской деятельности распространяется на иные юридические лица (независимо от организационно-правовой формы), осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность. Несомненно, нынешнее официальное понятие «медицинская организация» является более широким по отношению к понятию «медицинское учреждение».

В настоящее время в России функционируют многочисленные медицинские организации различных организационно-правовых форм и наименований (государственные и муниципальные бюджетные учреждения, государственные и муниципальные автономные учреждения, частные медицинские учреждения, фонды, общества с ограниченной ответственностью, медицинские центры и кабинеты индивидуальных предпринимателей и др.).

Медицинские организации классифицируются по разным основаниям, в том числе по организационно-правовым формам, территории действия и специализации (профилю медицинской деятельности).

Существуют многопрофильные учреждения, осуществляющие диагностику и лечение широкого спектра заболеваний. Есть специализированные — оказывающие медицинскую помощь в рамках одного из разделов медицины или осуществляющие лечение определенного вида или класса заболеваний. Среди специализированных медицинских организаций широко представлены: диагностические, терапевтические, хирургические, педиатрические; гинекологические, гериатрические, инфекционные, кардиологические, кожно-венерологические, маммологические, наркологические, онкологические, офтальмологические, психоневрологические, пульмонологические, стоматологические, противотуберкулезные, урологические, физиотерапевтические, эндокринологические и др. (больницы, диспансеры, центры, клиники, институты, поликлиники, лаборатории, отделения, кабинеты и др.).

Есть и такие специальные медицинские учреждения, как: курортные, восстановительного лечения, медико-социальной реабилитации, профилактические, косметологические, лечеб-

но-физкультурные и лечебной медицины, станции скорой медицинской помощи, отделения переливания крови.

Департамент здравоохранения города Москвы, например, распределил (классифицировал) столичные учреждения здравоохранения по уровню оказания медицинской помощи на 4 уровня (класса): 1) учреждения здравоохранения (юридические лица), оказывающие специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную специализированную помощь; 2) такие же учреждения здравоохранения, оказывающие специализированную медицинскую помощь (без высокотехнологичной медицинской помощи); 3) учреждения здравоохранения, оказывающие специализированную и первичную медико-санитарную помощь (на базе которых имеются монопрофильные и многопрофильные специализированные межмуниципальные центры); 4) учреждения здравоохранения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь<sup>1</sup>.

Традиционно наиболее известными и доступными для российских граждан медицинскими учреждениями являются больницы и поликлиники. На их базе активно осуществляется стационарная и амбулаторная медицинская помощь.

Больница — многопрофильное медицинское учреждение, обеспечивающее полный комплекс лечения больных и наблюдение за ними в стационарных условиях (диагностику заболеваний, неотложную терапию, лечение и реабилитацию после перенесенных болезней). Как правило, больница включает несколько отделений (поликлиника, педиатрическое, скорая медицинская помощь и др.).

Больницы как учреждения с высокой интенсивностью лечебно-диагностического процесса имеют соответствующее медицинское оборудование, медицинские кадры, лекарственные средства, мягкий инвентарь и другие ресурсы, что позволяет предоставлять пациентам все виды услуг, в том числе хирургическое вмешательство и иные процедуры.

---

<sup>1</sup> <http://vestnik.mos.ru/files/other/pril/2012/269pp/t1/table3.html>

Среди медицинских организаций (учреждений) достаточно распространенный тип — больница. Обычно в крупных городах (региональных центрах) функционирует одна (иногда — две) государственная бюджетная многопрофильная больница (областная, краевая, республиканская). Это, как правило, крупнейшее в регионе многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, в состав которого входят несколько десятков клинических подразделений, акушерский стационар, консультативно-диагностическая поликлиника, диагностические службы и др. Такое учреждение имеет лицензию на осуществлении нескольких десятков видов медицинской деятельности.

Помимо многопрофильной клинической больницы, а также детской больницы в региональных столицах имеются специализированные больницы (инфекционная, психиатрическая, туберкулезная и т.д.). Лечиться в таких больницах может любой житель субъекта Российской Федерации.

В городах (городских округах), как правило, функционирует городская многопрофильная больница для взрослых и детская городская больница. В региональных центрах имеются также участковые и городские специализированные больницы. В городах большинство учреждений первичного медицинского обслуживания, поликлиники, лечебные отделения и диагностические центры обычно являются учреждениями муниципального подчинения.

В сельской местности медицинские учреждения муниципальных районов обычно представлены центральной районной больницей (ЦРБ) — примерно на 100—200 коек, на базе которой часто действуют поликлиника, педиатрическое отделение. Имеются также иные лечебные отделения, амбулатории и фельдшерские медицинские пункты.

Работу больницы возглавляет и организует главный врач. В больницах существует, как правило, двухступенчатая система обслуживания больных (врач, медицинская сестра), реже — трехступенчатая (врач, медицинская сестра, младшая медицинская сестра). Важнейшие направления работы: стационарное, поликлиническое, организационно-методическое, административ-

но-хозяйственное и др. Каждое из направлений курируют соответствующие заместители главного врача.

Во многих случаях **поликлиника** является структурным подразделением больницы. В то же время функционируют самостоятельные амбулаторно-поликлинические учреждения (поликлиники и амбулатории). **Поликлиника** — многопрофильное или специализированное лечебно-профилактическое медицинское учреждение для оказания медицинской помощи проходящим больным и больным на дому.

Поликлиники многопрофильные могут иметь различный статус: городская (для обслуживания больных жителей города); районная центральная (для обслуживания жителей райцентра и других сельских поселений района); детская (для обслуживания детей в возрасте до 18 лет); ведомственная (для обслуживания работников определенной отрасли, сферы); гарнизонная (для обслуживания больных военнослужащих из состава соответствующего гарнизона) и др.

Помимо больниц и поликлиник наиболее распространены и другие медицинские организации (лечебно-профилактические учреждения). **Амбулатория** (лат. *ambulatorius* — совершаемый на ходу) — медицинское учреждение, оказывающее помощь проходящим больным и на дому, но не предоставляющее больничных мест. В отличие от поликлиники амбулатория оказывает услуги только по основным медицинским направлениям, таким как терапия, хирургия, стоматология (иногда и по педиатрии, акушерству и гинекологии).

**Диспансер** как специальное лечебно-профилактическое учреждение оказывает медицинскую помощь больным с определенными хроническими и рецидивирующими болезнями и осуществляет систематическое наблюдение за состоянием их здоровья. Основная функция диспансера — мониторинг и лечебно-профилактическая помощь определенному контингенту пациентов. Поэтому он осуществляет учет нуждающихся в лечении, обеспечивает выявление больных на ранней стадии заболеваний путем систематических массовых и целевых обследований населения и другими способами.

**Диагностический (консультативно-диагностический) центр** (стоматологический, косметический, медико-генетический, перинатальный, планирования семьи и репродукции и др.). Большинство из них не имеют самостоятельного подчинения, созданы и функционируют на базе больниц и поликлиник. Центр позволяет обследовать пациентов с различными заболеваниями, не прибегая к госпитализации, обеспечить их доступной и квалифицированной медицинской помощью в амбулаторных условиях. Современные технические возможности лучевых, эндоскопических, биохимических, иммунологических, электрофизиологических и иных диагностических исследований позволяют получить исчерпывающую информацию о состоянии организма, распознать сложные заболевания.

**Медико-санитарная часть (МСЧ)** — специализированное подразделение, оказывающее медицинскую помощь работникам предприятий различных форм собственности (промышленности, строительства и др.). Как правило, это комплексное медицинское учреждение, в состав которого могут входить (в зависимости от численности обслуживаемого контингента) поликлиника, фельдшерский здравпункт, стационар, а иногда санаторий-профилакторий, диетическая столовая и др. Обычно медсанчасти организованы на больших промышленных предприятиях для оказания многопрофильной медицинской помощи работникам, а также их семьям.

**Здравпункт** — структурное подразделение медицинского учреждения, организуемое на промышленном предприятии, в детском саду, школе, высшем и среднем учебном заведениях. Основная задача — оказание первой медицинской помощи при травмах, отравлениях и острых заболеваниях. Помимо этого, здравпункты проводят плановые профилактические осмотры и иные мероприятия, которые направлены на снижение заболеваемости.

**Санаторий** — лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее услуги по лечению и оздоровлению, когда в качестве лечебно-реабилитационных и общеоздоровительных средств используются преимущественно природные физические факторы

в сочетании с диетотерапией, лечебной физкультурой и аппаратной физиотерапией. Санатории находятся, как правило, в курортных зонах. Местные санатории обычно располагаются в загородных зонах с благоприятными ландшафтными и микроклиматическими условиями.

Имеются также **родильные дома**, родовспомогательные учреждения, женские консультации, медико-социальные больницы (дома) сестринского ухода, хосписы и др.

Обслуживая граждан, медицинские организации чаще всего используется **участковый принцип**, в основе которого разделение территорий на врачебные участки (фельдшерский, терапевтический, врача общей практики (семейного врача), комплексный, акушерский, приписной). Обычно на участке работают участковые врач и медицинская сестра. Численность взрослого населения на врачебном участке составляет от 1200 до 2000 чел.<sup>1</sup>

Наряду с участковым в системе здравоохранения реализуется также **принцип специализированной медицинской помощи**. Выделяют 4 уровня (степени) специализации:

- 1) поликлиника, в штате которой помимо врача-педиатра общей практики предусматриваются врачи-специалисты (окулист, оториноларинголог, хирург, невропатолог и др.);
- 2) консультативно-диагностические центры общего профиля городские и окружные (для крупных городов);
- 3) специализированные региональные и городские центры (диспансеры): кардиологические, пульмонологические, гастроэнтерологические, неврологические, гематологические и др.;
- 4) региональные специализированные больницы и специализированные отделения (центры, лаборатории) стационаров, клиники научно-исследовательских институтов, медицинских университетов и академий.

---

<sup>1</sup> См. Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению. Утверждено приказом Министра здравоохранения РФ от 15.05.2012 г. №543н. <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=132071>



## ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

---

Здравоохранение и медицинская деятельность — это широкая сфера общественных отношений, требующая правового регулирования. Такое регулирование медико-социальных отношений осуществляют компетентные государственные органы путем принятия соответствующих нормативных правовых актов. В настоящее время система законов и иных правовых актов в здравоохранении и медицинской деятельности все более расширяется и совершенствуется.

Правовое регулирование медицинской деятельности осуществляется в рамках так называемого механизма правового регулирования. Современная теоретико-правовая наука включает в механизм правового регулирования: а) нормы права; б) правоотношения; в) акты реализации прав и обязанностей; г) акты применения права<sup>1</sup>.

Естественно, что для полного (законченного цикла) правового регулирования общественных отношений только норм права и самих медико-социальных отношений недостаточно, необходимы также акты реализации прав и обязанностей и правоприменительные акты, издаваемые субъектами права. Без этих элементов весь механизм правового регулирования отношений лишается смысла, поскольку не осуществляется практическая реализация предписаний, содержащихся в нормах права.

Но издание актов реализации прав и обязанностей и актов применения права — это уже юридическая практика, через которую собственно и осуществляется непосредственное воздей-

---

<sup>1</sup> Общая теория государства и права. Академический курс в 2-х томах / под ред. М.Н. Марченко. Том 2. Теория права. — М.: Зерцало, 1998. — С. 439.

ствие права на общественные отношения. С другой стороны, необходимо само право (в объективном смысле), ибо без правовых норм нет смысла говорить о правовом регулировании как таковом.

Юридическая регламентация медицинской деятельности и медицинской помощи имеет как общеправовые основания, так и специфические характеристики. Действующее законодательство содержит необходимые организационно-правовые, финансово-правовые и процессуально-правовые механизмы, обеспечивающие реализацию и защиту конституционного права граждан на здоровье и медицинскую помощь (в том числе специализированную и высокотехнологичную), регулирование процесса взаимоотношений гражданина и субъектов, представляющих систему здравоохранения.

Законодательство о здравоохранении, осуществлении медицинской деятельности и оказании медицинской помощи является комплексным правовым образованием, в котором с учетом особенностей медико-социальных отношений проявляются три подхода (метода) к их регулированию: административно-правовой, гражданско-правовой и социально-правовой (смешанный). Некоторые даже полагают, что в законодательстве о здравоохранении существуют «медицинско-правовые нормы»<sup>1</sup>.

Правовое регулирование в данной сфере общественных отношений включает в себя нормы: устанавливающие общие гарантии права на охрану здоровья и медицинскую помощь; закрепляющие систему и правовые статусы медицинских организаций; устанавливающие принципы охраны здоровья; определяющие юридические понятия и регламентирующие медицинскую деятельность (сам процесс получения медицинской помощи) в рамках отношения пациент — врач — медицинская организация (с учетом особенностей и специфики оказания отдельных видов медицинской помощи). Все это необходимо, чтобы правовое регулирование любой сферы медико-социальных отношений было наиболее полным, имело «законченный вид».

---

<sup>1</sup> Соловьев В.Н. Гражданско-правовое регулирование отношений, возникающих при реализации конституционного права граждан на медицинскую помощь: автореф. дисс...канд. юр. наук. — Томск, 1999. — С. 6, 12.

**Общие гарантии** права на охрану здоровья установлены Конституцией РФ и действующим законодательством. основополагающими в данном контексте являются нормы ст. 41 Конституции РФ, которая гласит: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. В 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».

Особой конституционной гарантией обеспечения права на охрану здоровья является система обязательного медицинского страхования, обеспечивающая в соответствии с законом возможность получения бесплатной медицинской помощи. Существует также ряд других законодательных гарантий, в том числе меры юридической ответственности.

Право на охрану здоровья гарантируется не только российским законодательством, но и нормами международного права, в частности, Европейской конвенцией о защите прав человека и основных свобод (от 4.11.1950 г.), которая запрещает жестокое и бесчеловечное обращение (ст. 3), запрещает произвольно лишать человека жизни (ст. 2), гарантирует защиту врачебной тайны (ст. 8), судебную защиту прав пациентов (ст. 5 и 6) и др.

**Система здравоохранения** законодательно определена и включает в себя органы государственной власти и управления, медицинские и фармацевтические организации и учреждения (см. тему 3 настоящего пособия). Организация охраны здоровья, как предусмотрено ст. 29 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (*далее Федеральный закон «Об основах охраны здоровья...», указанный Федеральный закон*) осуществляется путем: 1) государственного регулиро-

вания в сфере охраны здоровья, в том числе нормативного правового регулирования; 2) разработки и осуществления мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний (в том числе социально значимых и представляющих опасность для окружающих), и по формированию здорового образа жизни населения; 3) организации оказания первой помощи, всех видов медицинской помощи, в том числе гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, редкими (орфанными) заболеваниями; 4) обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; 5) обеспечения определенных категорий российских граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания; 6) управления деятельностью в сфере охраны здоровья на основе государственного регулирования, а также саморегулирования, осуществляемого в соответствии с федеральным законом.

Законодательно закреплены **девять основных принципов охраны здоровья** (ст. 4 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

1. Прежде всего, все мероприятия по охране здоровья должны проводиться на основе **признания, соблюдения и защиты прав граждан** и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права. При этом государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств. Также государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний.

2. Другим принципом является **приоритет интересов пациента** при оказании медицинской помощи. Это обеспечивается путем: 1) соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских

работников и иных сотрудников медицинской организации; 2) оказания медицинской помощи пациенту с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента; 3) обеспечения ухода при оказании медицинской помощи; 4) организации оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени; 5) установления требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания в них пациентов; 6) создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.

3. В числе основных принципов — **приоритет охраны здоровья детей**, что является одним из важнейших и необходимых условий их физического и психического развития (ст. 7 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). Медицинские и иные организации обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья. Поэтому дети независимо от их семейного и социального благополучия подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи.

Органы государственной власти и органы местного самоуправления в соответствии со своими полномочиями разрабатывают и реализуют программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности, формирование у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни, и принимают соответствующие меры по организации обеспечения детей лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями. Кроме того, государство создает и развивает медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, с учетом обеспечения благоприятных условий для пребывания в них детей (в том

числе детей-инвалидов) и возможности пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи, а также социальную инфраструктуру, ориентированную на организованный отдых, оздоровление детей и восстановление их здоровья.

Ст. 54 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...» гарантирует несовершеннолетним в сфере охраны здоровья права на: 1) прохождение медицинских осмотров (в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, при занятиях физической культурой и спортом), прохождение диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, оказание медицинской помощи (в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях); 2) оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха; 3) санитарно-гигиеническое просвещение, обучение и труд в условиях, соответствующих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов; 4) медицинскую консультацию без взимания платы при определении профессиональной пригодности; 5) получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме в соответствии с законом.

Обеспечению здоровья детей и реализации прав несовершеннолетних служат и другие нормы главы 6 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...». Так, согласно ст. 51 данного закона каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические и другие консультации и обследования в медицинских организациях государственной системы здравоохранения в целях предупреждения возможных наследственных и врожденных заболеваний у потомства.

В период беременности, во время родов и после родов каждая женщина обеспечивается медицинской помощью в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания такой

помощи. Обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет, в том числе через специальные пункты питания и организации торговли, осуществляется по заключению врачей в соответствии с законодательством (ст. 52 указанного ФЗ).

4. Важным принципом является также **социальная защищенность граждан** в случае утраты здоровья (ст. 8 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). Это обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, в том числе за счет средств обязательного социального страхования. В их числе также реабилитация и уход в случае заболевания (состояния), установление временной нетрудоспособности, инвалидности.

5. В числе основных принципов закреплена **ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, медицинских и иных организаций, их должностных лиц** за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья (ст. 9 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). Если органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут ответственность за обеспечение реализации гарантий и соблюдение прав и свобод в сфере охраны здоровья, то медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность за нарушение этих прав, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи (ст. 96 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Конкретные меры дисциплинарной, административной, уголовной, гражданско-правовой ответственности установлены специальным законодательством — Трудовым кодексом РФ, Кодексом об административных правонарушениях РФ, Уголовным кодексом РФ, Гражданским кодексом РФ.

6. **Доступность и качество медицинской помощи** — также важнейший принцип здравоохранения (ст. 10 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). Они обеспечиваются: 1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;

2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации; 3) возможностью выбора медицинской организации и врача; 4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи; 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам такой помощи; 6) установлением в соответствии с законодательством требований к размещению медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения; 7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения (в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения); 8) возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью.

7. В качестве значимого принципа законом (ст. 11 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...») установлена **недопустимость отказа в оказании медицинской помощи**. В соответствии с ним отказ в оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание не допускаются. Также не допускается отказ в оказании медицинской помощи в экстренной форме. Такая помощь должна оказываться медицинской организацией и медицинским работником безотлагательно и бесплатно.

8. В сфере охраны здоровья в качестве основного принципа существует **приоритет профилактики** (ст. 12 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). Профилактика — комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и

условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (п. 6 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Профилактика обеспечивается путем: 1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни (в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ); 2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий; 3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний (в том числе предупреждению социально-значимых заболеваний и борьбе с ними); 4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения; 5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности.

Законодательные основы профилактики установлены ст. 30 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...». Профилактика как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний осуществляется органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими, образовательными и физкультурно-спортивными организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни (в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и др. (Подробнее об этом см. тему 8 настоящего пособия).

9. Последним в законодательном перечне принципов закреплено **соблюдение врачебной тайны** (ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). Врачебную тайну составляют

сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (в том числе после смерти человека), лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, не допускается. Лишь с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам (в том числе должностным лицам), в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

Кроме того, предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя возможно: 1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю; 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; 3) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением осужденного; 4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему для информирования одного из его родителей или иного законного представителя; 5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий; 6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти; 7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания; 8) при обмене информацией медицинскими организациями в целях оказания медицинской помощи

с учетом требований законодательства о персональных данных: 9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования; 10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Общественные отношения в сфере осуществления медицинской деятельности и оказания медицинской помощи (т.е. **медико-социальные отношения**) широки и разнообразны. В то же время эти отношения, связанные со здоровьем человека, во многом специфичны, ибо обусловлены его физическим, нередко психическим состоянием в различных ситуациях общественной, политической, профессиональной, семейной, бытовой жизнедеятельности. Удельный вес такого рода общественных отношений, потребности в поддержании здоровья человека в надлежащем состоянии и его восстановлении (лечении) постоянно увеличиваются<sup>1</sup>.

Поэтому для наиболее качественного правового регулирования такого рода отношений очень значимы точность и четкость правовых формулировок. Хорошо, что ныне действующее законодательство о здравоохранении и медицинской деятельности юридически определило и закрепило **основные понятия и термины**, используемые в этой сфере отношений. В частности, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья...» раскрывает более двадцати таких понятий (ст. 2 и др.).

Прежде всего, юридически определено то благо — здоровье, которое выступает в качестве основного объекта медико-социальных отношений. Как сказано в п. 1 ст. 2 названного закона, **здоровье** — это состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма. Одновременно закон определил, что такое состояние человека<sup>2</sup> и его заболевание (болезнь, недуг), которые чаще

<sup>1</sup> Буланова Л.В., Воробьев Н.И. О некоторых вопросах медицинского права // Медицина и право: материалы Всероссийской конференции (февраль 1999 г.). — М.: Изд-во МАП, 1999. С. 150.

<sup>2</sup> Состояние — это изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи (п. 17 ст. 2 указанного ФЗ).

всего являются поводами для обращения граждан в медицинские организации.

**Заболевание** определяется как возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма (п. 16 ст. 2 ФЗ). При этом закон содержит также конкретизирующие понятия: основного и сопутствующего заболеваний. Основное заболевание то, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти (п. 18 ст. 2 ФЗ), а сопутствующее — заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти (п. 19 ст. 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья...»).

Законодательно определен правовой статус (права, обязанности и др.) основных субъектов медико-социальных отношений — с одной стороны, **пациента**, с другой — **лечащего врача, медицинского работника**. В указанном законе имеются также определения еще трех субъектов отношений в сфере здравоохранения и медицинской деятельности — **медицинская организация, фармацевтическая организация и фармацевтический работник** (пп. 11, 12 и 14 ст. 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья...»).

В этой сфере правовых отношений при осуществлении медицинской деятельности пациент является ключевой фигурой, с которой в той или иной степени связаны все остальные субъекты, принимающие участие в организации, обеспечении или непосредственном оказании медицинской помощи.

Ранее в литературе по медицинскому праву пациент как субъект медико-правовых отношений определялся по-разному. Например, Стеценко С.Г. считал, что «пациент — это человек,

обратившийся в лечебно-профилактическое учреждение за диагностической, лечебной или профилактической медицинской помощью, либо участвующий в клинических испытаниях лекарственных средств»<sup>1</sup>. Акопов В.И. и Маслов Е.Н. отмечали, что пациент — это любой человек, обратившийся за медицинской помощью, независимо от состояния своего здоровья или наличия какого-либо заболевания, т.е. это более широкое понятие, чем больной<sup>2</sup>.

Ныне законодатель разрешил этот спор, определив, что **пациент** — физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния (п. 9 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Пациент, таким образом, это лицо, вступившее по поводу медицинской помощи в правовые отношения с медицинским работником (медицинской организацией) и наделенное в этой связи закрепленными в законодательстве специальными правами и обязанностями субъекта медико-социальных отношений. При этом не имеют значения ни состояние здоровья человека и его тяжесть, ни вид оказываемой медицинской помощи.

Корреспондирующим пациенту субъектом медико-правового отношения является **лечащий врач**. Согласно закону, это то лицо, на которое возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения (п. 15 ст. 2 указанного ФЗ). В соответствии со ст. 70 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...» лечащий врач назначается руководителем медицинской организации (подразделения медицинской организации) или выбирается пациентом с учетом согласия врача. В случае требования пациента о замене лечащего врача руководитель медицинской организации (подразделения медицин-

<sup>1</sup> *Стеценко С.Г.* Медицинское право: учебник. — СПб.: из-во «Юридический центр Пресс», 2004. — С. 141–142.

<sup>2</sup> *Акопов В.И., Маслов Е.Н.* Право в медицине. — М.: Книга-сервис, 2002. — С. 52.

ской организации) должен содействовать выбору пациентом другого врача в установленном порядке.

Лечащий врач организует своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию пациента или его законного представителя приглашает для консультаций врачей-специалистов, при необходимости созывает консилиум врачей. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

По согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения медицинской организации) лечащий врач может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, а также уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. В этих случаях руководитель медицинской организации (либо ее подразделения) должен организовать замену лечащего врача.

Лечащий врач устанавливает диагноз, который является основанным на всестороннем обследовании пациента и составленным с использованием медицинских терминов медицинским заключением о заболевании (состоянии) пациента (в том числе явившемся причиной смерти пациента). Рекомендуя пациенту лекарственный препарат, медицинское изделие, специализированный продукт лечебного питания или заменитель грудного молока, лечащий врач обязан информировать пациента о возможности получения им соответствующих препарата, изделия, продукта без взимания платы в соответствии с законодательством.

Еще один субъект этих отношений — **медицинский работник**, определяется как физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности (либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем,

непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность) (п. 13 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Права медицинских работников определены в ст. 72 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...». Они имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, в том числе на: 1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей (включая обеспечение необходимым оборудованием), в порядке, определенном законодательством; 2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя; 3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации; 4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в установленном порядке, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации; 5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности; 6) создание профессиональных некоммерческих организаций; 7) страхование риска своей профессиональной ответственности.

Что касается обязанностей медицинских работников, то таковые закреплены ст. 73 указанного Федерального закона. Они осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии. Медицинские работники обязаны: 1) оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями; 2) соблюдать врачебную тайну; 3) совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях; 4) назначать лекар-

ственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта) в установленном порядке; 5) сообщать уполномоченному должностному лицу медицинской организации информацию, указанную в законе.

Кроме того, на медицинских работников закон налагает ограничения при осуществлении ими профессиональной деятельности (ст. 74 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Действующий Федеральный закон «Об основах охраны здоровья...» наделяет граждан (пациентов) как субъектов правоотношений рядом важных прав в сфере охраны здоровья (глава 4). Среди них: право на охрану здоровья; право на медицинскую помощь; право на информацию о состоянии здоровья (в том числе на информацию о факторах, влияющих на здоровье, на информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от такого вмешательства); право на выбор врача и медицинской организации. Закреплены также права на охрану здоровья для отдельных категорий граждан.

Эти и иные «медицинские» права в литературе принято классифицировать по разным основаниям. Так, Александрова О.Ю. подразделяет данные права на основе их юридической силы: конституциональные права; общие права, связанные с получением медицинской помощи; права отдельных групп граждан (населения) в сфере охраны здоровья; права пациентов<sup>1</sup>. В то же время целесообразно выделять общие права пациентов и права пациентов, связанные с особенностями оказания медицинской помощи в различных отраслях медицины. Общие права закреплены Конституцией РФ, Федеральными законами «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Специальные права гарантируются и регламентируются рядом специальных законов, например, «О психиатри-

---

<sup>1</sup> Александрова О.Ю. Законодательство в сфере охраны здоровья граждан // *Здравоохранение*. 2004. № 9. С. 104–121.

ческой помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О донорстве крови и ее компонентов», «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и др.

Основным общим конституционным правом, гарантируемым каждому гражданину в данной сфере отношений, является **право на охрану здоровья** (ст. 18 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). Это право обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных и благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощи.

Другим не менее важным для любого гражданина является **право на медицинскую помощь**. Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам такой помощи, а также на получение платных медицинских и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

В рамках этого общего права гражданин в качестве пациента имеет конкретные права на: 1) выбор врача и выбор медицинской организации; 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; 3) получение консультаций врачей-специалистов; 4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами; 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья; 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях; 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну; 8) отказ от медицинского вмешательства; 9) возмещение вреда, причиненного здоровью

при оказании ему медицинской помощи; 10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав; 11) допуск к нему священнослужителя (а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях), в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации (п. 5 ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Значимым условием, предваряющим медицинскую помощь, является дача гражданином (или его законным представителем) **информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или на отказ от медицинского вмешательства**. Такое согласие (или несогласие) гражданин дает на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Родители или иные законные представители дают согласие в отношении: 1) лица, не достигшего 18-летнего возраста, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно само дать согласие на медицинское вмешательство; 2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи (или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения).

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства. При этом этим лицам в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

В некоторых случаях медицинское вмешательство допускается без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя. В частности: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители; 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления); 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

**Право на выбор врача и медицинской организации** предоставляется гражданину в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию не чаще, чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год врача-терапевта (в том числе — врача участкового), врача-педиатра (в том числе — участкового), врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

Согласно ст. 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...», каждый имеет **право получить** в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации **информацию о состоянии своего здоровья**, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установлен-

ном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении.

При этом такая информация не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

Кроме того, пациент (либо его законный представитель) имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.

Также пациент имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.

Своеобразным дополнением к праву пациента на информацию является его **право на информацию о факторах, влияющих на здоровье**. Речь идет о праве на получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние (включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, состоянии среды обитания, рациональных нормах питания, 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). Такая

информация предоставляется органами государственной власти и местного самоуправления в соответствии с их полномочиями, а также медицинскими и иными организациями в установленном законом порядке (ст. 23 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Что касается «медицинских» прав для отдельных категорий граждан (пациентов), то законодатель предусматривает такие, в частности, для работников, занятых на отдельных видах работ (прежде всего обязательные медицинские осмотры — ст. 24 ФЗ), для военнослужащих и лиц, приравненных к ним по медицинскому обеспечению (в частности, право на прохождении военно-врачебной экспертизы — ст. 25 ФЗ), для лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ареста, ограничения и лишения свободы (ст. 26 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Граждане имеют не только права, но и **обязанности в сфере охраны здоровья** (ст. 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). В частности, законом предписано, что они обязаны заботиться о сохранении своего здоровья. В случаях, предусмотренных законодательством, они должны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, обязаны в предусмотренных законом случаях проходить медицинское обследование и лечение, заниматься профилактикой этих заболеваний. Кроме этого, граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Как отмечается в литературе, существует **несколько видов отношений между врачом и пациентом**. Первый вид отношений — это патерналистский; он связан с самой сутью медицинской деятельности — помощью и заботой врача о пациенте как о «терпящем и страдающем». Другой тип отношений в системе «врач-пациент» — терапевтическое согласие, при котором врач является инициатором доверительных отношений со своим пациентом и его родственниками. Этот тип отношений обязывает врача гарантировать права пациента, указанные в главе 4 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...». Третий тип отноше-

ний предусматривает возможность пациента отказаться от медицинского вмешательства и лечения (п. 8 ч. 5 ст. 19 ФЗ). При отказе от оказания медицинской помощи пациенту или его законному представителю в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия<sup>1</sup>.

В любом случае **существо и юридическое содержание медико-социальных отношений** между пациентом и врачом (медицинским работником) заключается в оказании медицинской помощи, медицинской услуги гражданину по поводу состояния его здоровья. В настоящее время юридическое содержание этих понятий закреплено в ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...». **Медицинская помощь** — это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг (п. 2). В свою очередь, **медицинская услуга** — это медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение (п. 4).

Ранее некоторые авторы отождествляли в своих публикациях понятия «медицинская помощь» и «медицинская услуга». Между тем это различные категории. Совершенно правильно (в логике нынешнего законодательства) Мохов А.А. и Мохова И.Н. указывали, что «медицинская услуга» — понятие более узкое в сравнении с понятием «медицинская помощь»<sup>2</sup>. При оказании медицинской помощи порой осуществляются виды деятельности, не имеющие отношения к конкретной медицинской услуге (например, сбор информации для статистических целей)<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Белобородова Н.Г. О правовом регулировании медицинской деятельности врачей // *Здравоохранение*. 2008. № 6. С.145.

<sup>2</sup> Мохов А.А., Мохова И.Н. «Врачебная ошибка» как актуальная проблема судебной практики // *Медицинское право*. 2004. № 2. С. 48.

<sup>3</sup> По мнению Баринова Н.А., услуга — это экономическое отношение, возникающее по поводу результатов труда, создающего потребительские стоимости, проявляющиеся в форме полезного действия товара или самой деятельности для удовлетворения конкретных, разумных потребностей человека. См. *Баринов Н.А. Услуги (социально-правовой аспект)*. — Саратов, 2001. — С. 17.

Медицинская помощь чаще всего оказывается гражданину (пациенту) бесплатно в рамках программы соответствующих государственных гарантий такой помощи (ст. 80 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). Медицинские же услуги нередко бывают платными. Согласно ст. 84 указанного закона граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных), предоставляемых дополнительно.

При этом платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров (в том числе договоров добровольного медицинского страхования). Такой договор об оказании медицинских услуг заключается на основе норм главы 39 «Возмездное оказание услуг» (ст. 779–782) Гражданского кодекса РФ и в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг<sup>1</sup>.

Есть также законодательное определение другого понятия из рассматриваемой сферы отношений — **медицинское вмешательство**. Это выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности (п. 5 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Комплексы медицинских вмешательств определяются, в одном случае как «**диагностика**» (если они направлены на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний и осуществляются посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, прове-

---

<sup>1</sup> Утверждены постановлением Правительства РФ от 4.10.2012 г. №1006 // СЗ РФ. 2012. № 41. С. 5628.

дения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий), в другом — как «лечение» (если они выполняются по назначению медицинского работника с целью устранения или облегчения проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановления или улучшения его здоровья, трудоспособности и качества жизни) (п. 7 и 8 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Медицинская помощь, медицинская услуга, медицинское вмешательство и лечение являются элементами другого, более широкого понятия: медицинская деятельность. Под **медицинской деятельностью** законодатель понимает профессиональную деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональную деятельность, связанную с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях (п. 10 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Оказываемая пациенту медицинская помощь должна соответствовать установленным требованиям качества. **Качество медицинской помощи** закон определяет как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (п. 21 ст. 2 указанного ФЗ).

Нормами действующего законодательства регулируются различные **виды медицинской помощи** с учетом их характера и специфики заболеваний. Законодательные основы таких видов медицинской помощи как: первичная медико-санитарная помощь, скорая (в том числе специализированная) медицинская помощь, специализированная (в том числе высокотехнологичная)

медицинская помощь, паллиативная медицинская помощь — установлены Федеральным законом «Об основах охраны здоровья...» (ст. 31—36). Более конкретные обязательные требования и правила тех или иных видов медицинской помощи определяются в Порядках оказания медицинской помощи и в Стандартах медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения РФ.

**Порядок оказания медицинской помощи** разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя: 1) этапы оказания медицинской помощи; 2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача); 3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений; 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений; 5) иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

**Стандарт медицинской помощи** разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: 1) медицинских услуг; 2) лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по их применению и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтической-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения; 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; 4) компонентов крови; 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; 6) иные показатели исходя из особенностей заболевания (состояния) (ст. 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Прежде всего Федеральный закон «Об основах охраны здоровья...» (ст. 31) определяет **правовые основы первой помощи**, которая оказывается еще до оказания медицинской помощи. Она необходима гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, и оказывается лицами, обязанными в соот-

ветствии с федеральным законом или со специальным правилом это делать. К числу таких лиц, имеющих соответствующую подготовку, относятся сотрудники органов внутренних дел, военнослужащие и работники Государственной противопожарной службы, спасатели аварийно-спасательных формирований и служб и др. К тем, кто вправе оказывать первую помощь, закон относит водителей транспортных средств, а также других лиц, при условии, что они имеют соответствующую подготовку и (или) навыки.

Собственно медицинская помощь, как сказано в ст. 31 названного закона, оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях: 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации); 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника; 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Формами оказания медицинской помощи являются: 1) экстренная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента; 2) неотложная — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; 3) плановая — медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской

помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Основой системы оказания медицинской помощи является **первичная медико-санитарная помощь**, которая включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Она может быть доврачебной, врачебной и специализированной и оказывается медицинскими работниками соответствующей квалификации. Такая помощь осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях.

**Специализированная медицинская помощь** оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию (ст. 34 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

**Высокотехнологичная медицинская помощь** является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью (в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники). Она оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым Министерством здравоохранения РФ.

**Скорая (в том числе скорая специализированная) медицинская помощь** оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Такая медицинская помощь оказывается гражданам медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения бесплатно (ст. 35 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

Скорая медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях. На территории Российской Федерации в целях оказания скорой медицинской помощи функционирует система единого номера ее вызова гражданами.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья. Медицинская эвакуация включает в себя: 1) санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую авиационным транспортом; 2) санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта. Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

**Паллиативная медицинская помощь** представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан (ст. 36 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Разновидностью медицинской помощи следует считать **лечебное питание** (ст. 39 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»), обеспечивающее удовлетворение физиологических потребностей организма человека в пищевых веществах и энергии

с учетом механизмов развития заболевания, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний и выполняющее профилактические и лечебные задачи.

Лечебное питание является неотъемлемым компонентом лечебного процесса и профилактических мероприятий, включает в себя пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых соответствующей технологической обработке.

Законодательно регламентируется также **медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение** (ст. 40 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). Медицинская реабилитация — комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество. Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими организациями (санаторно-курортными организациями) в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах. Санаторно-курортное лечение направлено на: 1) активацию защитно-приспо-

собительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления; 2) восстановление и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.

Нормами действующего законодательства регулируются также **медицинские осмотры, диспансеризация** (ст. 46 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). Установлено, что медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития. Видами медицинских осмотров являются: 1) профилактический медицинский осмотр, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов; 2) предварительный медицинский осмотр, проводимый при поступлении на работу или учебу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, соответствия учащегося требованиям к обучению; 3) периодический медицинский осмотр, проводимый с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, учащихся, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового, учебного процесса на состояние здоровья работников, учащихся, в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, продолжению учебы; 4) предсменные, предрейсовые медицинские осмотры, проводимые перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных

факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей (в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения); 5) послесменные, послерейсовые медицинские осмотры, проводимые по окончании рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового процесса на состояние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения.

Диспансеризация — это комплекс мероприятий (в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей) и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством. Диспансерное наблюдение представляет собой динамическое наблюдение (в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями), в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в установленном порядке.

В случаях, установленных законодательством, прохождение и проведение медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения являются обязательными.

В соответствии со ст. 41 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...» регулируются **вопросы организации и оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях**, в том числе медицинская эвакуация, и осуществляются Всероссийской службой медицины катастроф в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Устанавливаются также особенности организации и финансового обеспечения оказания медицинской помощи населению отдельных территорий и работникам отдельных организаций (ст. 42 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»),

в частности, для населения закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда.

Кроме того, указанный Федеральный закон гарантирует медицинскую помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, гражданам, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями, а также гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (ст. 43, 44). Медицинской помощью и диспансерным наблюдением такие граждане обеспечиваются в соответствующих медицинских организациях. Особенности организации оказания медицинской помощи при отдельных заболеваниях могут устанавливаться отдельными федеральными законами. Перечни названных заболеваний утверждаются в установленном порядке исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших.

При оказании медицинской помощи и проведении лечения могут использоваться различные **медицинские изделия**, что также регулируется определенным образом. Согласно ст. 38 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...», такими изделиями являются любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение, и предназначенные производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического,

генетического или метаболического воздействия на организм человека.

Медицинские изделия подразделяются на классы в зависимости от потенциального риска их применения и на виды в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий. Номенклатурная классификация медицинских изделий утверждается Министерством здравоохранения РФ.

Обращение медицинских изделий включает в себя технические испытания, токсикологические исследования, клинические испытания, экспертизу качества, эффективности и безопасности медицинских изделий, их государственную регистрацию, производство, изготовление, ввоз на территорию России, вывоз с территории России, подтверждение соответствия, государственный контроль, хранение, транспортировку, реализацию, монтаж, наладку, применение, эксплуатацию, в том числе техническое обслуживание, предусмотренное нормативной, технической и (или) эксплуатационной документацией производителя, а также ремонт, утилизацию или уничтожение.

В настоящее время российское законодательство содержит правовые нормы, регулирующие ряд **специальных видов медицинской деятельности и медицинского вмешательства**. Имеются в виду донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка), применение вспомогательных репродуктивных технологий, искусственное прерывание беременности, медицинская стерилизация, народная медицина.

Согласно ст. 47 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...» **трансплантация (пересадка) органов и тканей человека** от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие методы лечения не могут обеспечить сохранение жизни пациента (реципиента) либо восстановление его здоровья.

Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора допустимо только при наличии его информированного добровольного согласия и лишь в случае, если по заключению врачебной комиссии медицинской организации с

привлечением соответствующих врачей-специалистов, оформленному в виде протокола, его здоровью не будет причинен значительный вред. При этом изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) не допускается у живого лица, не достигшего восемнадцатилетнего возраста (за исключением случаев пересадки костного мозга) или признанного в установленном законом порядке недееспособным.

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

Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у трупа не допускается, если медицинская организация на момент изъятия поставлена в известность о том, что данное лицо при жизни либо иные лица, имеющие такое право, заявили о своем несогласии на изъятие его органов и тканей после смерти с такой целью.

Органы и ткани для трансплантации (пересадки) могут быть изъяты у трупа после констатации смерти в соответствии с законом.

Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка) осуществляются в соответствии с федеральным законом. Не допускается принуждение к изъятию органов и тканей человека для трансплантации (пересадки).

В целом, отношения донорства органов и тканей и регулирующих их норм права являются административно-правовыми; гражданское право в данной сфере выполняет только

охранительную функцию<sup>1</sup>. (Подробнее об этом см. тему 9 настоящего пособия).

**Вспомогательные репродуктивные технологии** согласно ст. 55 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...» представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).

Мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Одинокая женщина также имеет право на применение вспомогательных репродуктивных технологий на аналогичных условиях. При использовании вспомогательных репродуктивных технологий выбор пола будущего ребенка не допускается, за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом.

Граждане имеют право на криоконсервацию и хранение своих половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов за счет личных средств и иных средств, предусмотренных законодательством. Половые клетки, ткани репродуктивных органов и эмбрионы человека не могут быть использованы для промышленных целей.

Быть донорами половых клеток имеют право граждане в возрасте от восемнадцати до тридцати пяти лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование. При использовании донорских половых клеток и эмбрионов граждане имеют право на получение информации о результатах медицинского, медико-генетического обследования донора, о его расе и национальности, а также о внешних данных.

---

<sup>1</sup> Соловьев В.Н. Медицина и гражданское право // Медицина, этика, религия и право: материалы конференции / сост. В.И. Шамшурин. — М.: Международный университет (в Москве), 2000. — С. 42.

Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению утверждаются Министерством здравоохранения РФ.

По закону **суррогатное материнство** представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям.

Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте от двадцати до тридцати пяти лет, имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Женщина, состоящая в зарегистрированном браке, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга. Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки.

Федеральный закон исходит из презумции права каждой женщины самостоятельно решать вопрос о материнстве. В то же время **искусственное прерывание беременности** может проводиться по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия (ст. 56 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»). Такое медицинское вмешательство возможно по желанию женщины при сроке беременности до двенадцати недель.

Искусственное прерывание беременности проводится:

1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности: а) при сроке беременности четвертая—седьмая недели; б) при сроке беременности одиннадцатая—двенадцатая недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

2) не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания

беременности при сроке беременности восьмая—десятая недели беременности.

Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до двадцати двух недель, а при наличии медицинских показаний — независимо от срока беременности. Социальные показания и перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется уполномоченным государственным органом (подробнее об этом см. тему 10 настоящего пособия).

**Медицинская стерилизация** как специальное медицинское вмешательство в целях лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина в возрасте старше тридцати пяти лет или гражданина, имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия гражданина — независимо от возраста и наличия детей (ст. 57 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...»).

**Народной медициной** Федеральный закон «Об основах охраны здоровья...» называет методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья. К народной медицине не относится оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов (ст. 50). Право на занятие народной медициной имеет гражданин, получивший в установленном порядке соответствующее разрешение.

В то же время народная медицина не входит в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Незаконное занятие народной медициной, а также причинение вреда жизни или здоровью граждан при занятии народной медициной влечет за собой юридическую ответственность.

Правовое регулирование медицинской деятельности и медицинской помощи исходит из юридической значимости документов и иных форм фиксации состояния (и динамики) здоровья,

тяжести заболевания, хода лечения, иных действий, медицинских вмешательств, операций, процедур, услуг, информирования и другого воздействия на человека в сфере охраны здоровья. Документооборот в сфере здравоохранения обширен и разнообразен.

Основное значение документации в системе здравоохранения заключается в доказательстве, удостоверении, подтверждении тех или иных фактов и состояний, обуславливающих здоровье и соответствующие права и обязанности пациента. Любой факт, подлежащий отражению в документе, формализующем отношения по поводу здоровья и связанного с ним права пациента, имеет юридическое значение.

Во многих случаях закон прямо указывает на необходимость или обязательность заполнения и оформления соответствующих документов в процессе осуществления медицинской деятельности и оказания медицинской помощи. В частности, требуется заполнять и оформлять: письменные заявления граждан (пациентов) (ч. 4 ст. 21, ч. 5 ст. 22, ч. 5 ст. 59, ч. 4 ст. 67 ФЗ), письменные согласия пациентов (ч. 3 ст. 13, ч. 7, 8 ст. 20, ч. 6—9 ст. 47, ч. 3, 4 ст. 67 ФЗ), протоколы (ч. 2 ст. 47, ч. 2, 4 ст. 48 ФЗ), медицинские заключения (ч. 5 ст. 70 ФЗ), листки нетрудоспособности (ч. 2, 3, 5—7 ст. 59 ФЗ), уведомления (ч. 3 ст. 70, ч. 3 ст. 75 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...») и др.

Для некоторых важных документов закон требует установления специальных форм. В частности, для фиксирования информированного добровольного согласия (или отказа) на медицинское вмешательство (ч. 8 ст. 20 ФЗ), для установления смерти человека (ч. 8 ст. 66 ФЗ), для медицинского заключения при проведении экспертизы (ч. 3, 6 ст. 63 ФЗ) и др. Например, согласно ст. 53 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...» при рождении живого ребенка медицинская организация, в которой произошли роды, выдает документ установленной формы. Форма такого документа утверждается Министерством здравоохранения РФ. На основании этого медицинского документа производится регистрация рождения ребенка в органах ЗАГСа и родителям выдается официальный государственный документ — свидетельство о рождении.

Важным праворегулирующим и правоприменительным документом в отношениях по поводу оказания платных медицинских услуг, является договор (ч. 2 ст. 84 указанного ФЗ). Договор как документ не только обозначает договорной характер отношений, но, прежде всего, устанавливает и конкретизирует объем и содержание взаимных прав и обязанностей гражданина (пациента) и медицинской организации (учреждения).

Юридически значимым документом (особенно в случае нарушения права) может стать, например, так называемая «история болезни». История болезни является официальным документом, удостоверяющим пребывание больного в лечебном заведении, состояние его здоровья при поступлении, во время нахождения в лечебном учреждении и при выписке, проделанное им лечение, произведенные хирургические операции и пр.<sup>1</sup>

Она заводится по факту обращения за медицинской помощью и отражает факты приложения профессиональных действий (диагнозов, медицинских вмешательств, операций и т.п.) в отношении здоровья пациента. Согласно установленным требованиям, «история болезни» должна содержать необходимые разделы для внесения соответствующих записей (заполнения данных) медицинского характера, отражающих медицинскую помощь (лечение). Все записи лечащего врача должны быть им подписаны и содержать отметку о времени осмотра пациента. История болезни после выписки больного из медицинской организации (лечебного учреждения) должна быть проверена и подписана заведующим отделением.

---

<sup>1</sup> Большая медицинская энциклопедия. <http://bigmeden.ru/article/>.



## ПРАВА ГРАЖДАН В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

---

Право на здоровье, в отличие от других прав человека, лишь недавно стало предусматриваться Конституциями многих стран мира. В Конституциях XVIII–XIX вв. не было упоминаний о праве на здоровье, хотя другие права человека провозглашались. В международном масштабе право человека на здоровье признано в 1948 г. Фактически это право на получение медицинской помощи. Всеобщей декларацией прав человека (ст. 25) закреплено положение: *«Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая питание, одежду, жилище, медицинский уход и требуемое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи»*. Во Всеобщей декларации о геноме человека и о правах человека от 11.11.1997 г. в ст. 8 говорится: *«Каждый человек в соответствии с международным правом и национальным законодательством имеет право на справедливую компенсацию того или иного ущерба, причиненного в результате непосредственного и детерминирующего воздействия на его геном»*. При этом уточняется, что геном человека лежит в основе изначальной общности всех представителей человеческого рода, а также признания их неотъемлемого достоинства; геном человека знаменует собой достоинство человечества (ст. 1).

Уставом Всемирной организации здравоохранения (1977 г.) здоровье определено как состояние полного физического, душевного и социального благополучия. Через 18 лет Гражданский кодекс Российской Федерации (ст. 150) назвал здоровье в ряду объектов гражданских прав в виде защищаемых законом нематериальных благ, принадлежащих гражданину от рождения, неотчуждаемых и не передаваемых иным способом.

Основой законодательства России в отношении охраны прав граждан на медицинскую помощь является Конституция Российской Федерации, ст. 41 которой гласит:

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

**Общие права пациентов.** Несовершенство законодательной базы в сфере охраны здоровья граждан, десятилетиями сопровождавшее отечественное здравоохранение, монополизм государственной формы собственности, практически полное отсутствие действенных (а не декларативных) механизмов обеспечения прав пациентов сыграли существенную роль в том, что национальный уровень взаимоотношений в социально-правовой системе «врач — больной» по-прежнему во многом отстает от цивилизованных, правовых государств.

Юридическим основанием, порождающим возникновение правоотношений по оказанию медицинской помощи, является волеизъявление больного, т.е. обращение гражданина, нуждающегося в медицинской помощи в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение. Такое волеизъявление — обязательный элемент при оказании квалифицированной медицинской помощи в отличие от первой неотложной помощи больному, за неоказание которой в экстремальных ситуациях может последовать наказание по ст. 124 УК Российской Федерации). Исклю-

чение составляют те случаи, когда лечение является принудительным или обязательным.

Каждый человек имеет неотъемлемое право по своему усмотрению (самостоятельно!) распоряжаться своей жизнью и здоровьем. И никто: ни врач, ни медицинское учреждение, ни милиция — не могут принуждать к обследованию или лечению (за редкими, законодательно закрепленными исключениями в отношении строго определенного круга лиц).

Каждому человеку как потенциальному пациенту необходимо знать свои права, воспользовавшись которыми, можно рассчитывать на то, что вас действительно будут лечить, а не калечить.

В соответствии со ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», пациент имеет право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; выбор врача и лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования; создание соответствующих санитарно-гигиенических условий, выбор врача и выбор медицинской организации; на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию; получение консультаций врачей-специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием; получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, получение лечебного питания; защиту сведений, составляющих врачебную тайну; отказ от медицинского вмешательства; возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи; допуск к нему адвоката; допуск к нему священнослужителя.

Он может сам выбрать лиц, которым в его интересах может быть передана информация о состоянии его здоровья; получать медицинские и иные услуги в рамках программ добровольного медицинского страхования; требовать возмещения ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи, доступа к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав. Предусмотрен допуск к пациенту священнослужителя, а в больничном учреждении и обеспечение

условий для отправления религиозных обрядов и предоставление отдельного помещения для этого, правда с оговоркой «если это не нарушает внутренний распорядок» больницы. Фактически речь идет о том, насколько терпимы больничные администраторы к религии и насколько достаточно помещений.

Новым является положение о том, что работающие граждане имеют право на три дня неоплачиваемого отпуска в течение года. Он предоставляется по личному заявлению гражданина без предъявления медицинского документа, удостоверяющего факт заболевания.

Рассмотрим подробнее наиболее важные и проблемные права пациентов.

**Право на выбор врача.** Пациент имеет право выбирать врача самостоятельно, он может обратиться за помощью к любому доктору, и руководитель лечебного учреждения обязан назначить его вашим лечащим врачом. Если доктор по каким-либо причинам не устраивает пациента, он имеет право высказать ему недоверие и потребовать созыва врачебного консилиума, который коллегиально оценит его состояние. А если пациент требует от своего лечащего врача подыскать ему замену, то он должен эту замену найти. Действительно важным является и выбор места лечения. Главный критерий для выбора: будущие врачи должны систематически работать с заболеваниями данного типа. Во многих странах врачи не только получают сертификат специалиста, как у нас, но еще и сдают сложные экзамены на сертификат врачебной ассоциации, объединяющей специалистов, например, по хирургии сердца и др.<sup>1</sup> У нас такой сертификации нет. Но пациент может выяснить, насколько велика и успешна практика специалистов в той больнице, где он предпочитает лечиться.

**Право на информацию.** Пациент имеет право на получение исчерпывающей информации буквально обо всем, что касается предстоящего лечения. Человек может распоряжаться собою

---

<sup>1</sup> Власов В. В. и др. Ваши права при получении медицинской помощи. — Саратов. 1997. — С. 45.

только в том случае, если у него достаточно сведений для того, чтобы принять правильное решение. Поэтому закон обязывает врача предоставлять больному всю необходимую информацию. Не все врачи это делают добросовестно. Многие врачи считают, что они имеют право и обязаны щадить пациента и не сообщать ему неприятной, тяжелой, травмирующей информации о болезни (например, о диагнозе такого рака, при котором нет эффективного лечения). В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме самому пациенту и членам его семьи, если больной не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна передаваться такая информация. Многие люди согласны с мнением врачей и не хотят знать всего о своей болезни. По данным социологических опросов, число пациентов, не заинтересованных в получении информации на эти темы, достигает в России 60%.<sup>1</sup> Это их право, и закон обязывает врача не сообщать таким пациентам сведения, которых они не хотят получать. Законодатель оправданно смещает акцент именно на право пациента знать (или не знать!) об истинном характере и прогнозе развития заболевания, а не на обязанность врача давать такую информацию по собственной инициативе, а тем более без тщательной психологической подготовки больного. Заключение врача о необходимости и предполагаемом объеме операции должно быть доступно для понимания больного и его родственников. Объем, характер и форма даваемого объяснения зависят от психоэмоционального состояния больного, уровня его интеллекта, тяжести заболевания.

Закон признает право пациента получать любую информацию не только о своем здоровье, но и обо всем, что может влиять на здоровье. Мы вправе знать все о выбранной нами клинике или враче, режиме их работы и оказываемых ими услугах. Предоставление неполной информации является обманом, поскольку вынуждает пациента принимать то решение, к которому его подталкивает врач своей избирательной информацией. Информация

---

<sup>1</sup> «Кляп Гиппократы» // Коммерсантъ – Власть. 2000. 1 февраля. С. 47.

о методах диагностики и лечения, соответствующих противопоказаниям к ним должна быть предоставлена в доступной форме до начала оказания медицинских услуг.

Кроме того, информация о медицинских услугах в обязательном порядке должна содержать:

- 1) обозначение правил, обязательным требованиям которых должны соответствовать услуги;
- 2) сведения об основных потребительских свойствах медицинских услуг;
- 3) цену и (или) условия приобретения услуг;
- 4) правила и условия эффективного и безопасного использования медицинских услуг;
- 5) информацию о правилах оказания медицинских услуг.

В случае предоставления недостоверной информации, которая повлекла за собой ущерб жизни или здоровью пациента, лечебное учреждение должно возместить ущерб пострадавшему или его родственникам в полном объеме.

Закон впервые в нашей стране дал пациенту право получать всю информацию. Ограничения налагаются только на получение информации о других лицах (например, о человеке — источнике заражения)<sup>1</sup>. Пациент имеет право также знакомиться с результатами обследования, получать любые выписки и копии документов. Эту информацию пациент может использовать для получения консультации у других специалистов. Важно, что врачи обязаны информировать вас, но у вас нет права требовать от них, чтобы они решали за вас. То, что они делают это в условиях неотложной помощи, за больных, находящихся без сознания, еще не означает, что вы можете переложить на врачей ответственность, а потом привлечь их к судебной ответственности за «плохое» решение.

Информация нужна пациенту потому, что только на ее основе он сможет решить, стоит ли соглашаться на операцию или предпочесть терапевтическое лечение. Это никто за него решить

---

<sup>1</sup> Власов В.В. и др. Ваши права при получении медицинской помощи. — Саратов. 1997. — С. 24.

не может. Врач умеет оценивать риск осложнений и смерти, но он не имеет представления о том, насколько конкретный пациент боится боли или насколько ему важно сохранить зрение или слух; он не знает также финансовых возможностей пациента и многого другого.

**Информированное добровольное согласие.** Важнейшим критерием права на медицинское вмешательство является правомерное получение согласия пациента. Пункт 1 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан...» гласит: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача *информированного добровольного согласия* гражданина. Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации». <sup>1</sup> Можно условно выделить два основных элемента этого процесса:

- 1) предоставление информации;
  - 2) получение согласия.
- Врачу вменяется в обязанность информировать пациента о:
    - 1) характере и целях предлагаемого ему лечения;
    - 2) связанном с ним существенном риске;
    - 3) возможных альтернативах данному виду лечения.

Особое внимание при информировании уделяется риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть четыре аспекта риска: его характер, серьезность, вероятность и внезапность его материализации. Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врачей принуждения, обмана, угроз и т.п. при принятии пациентом решений.

Идея получения согласия основана на двух принципах. Моральном — взаимоотношения больного как личности и врача. Юридическом — определенные действия конкретного больного по предоставлению разрешения. <sup>2</sup> Получение разрешения дает основание для появления понятия права больного на

<sup>1</sup> Покуленко Т.А. Принцип информированного согласия: вызов патернализму // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 73.

<sup>2</sup> Юридические и этические аспекты в медицине. Доклады. — Рига. 1997. — С. 43.

самоопределение, которое означает способность и право человека влиять на принятие медицинских решений, касающихся непосредственно его самого.

Таким образом, медицинское вмешательство любого характера: диагностические мероприятия (рентген, УЗИ и т.п.), сбор анализов, лечебные мероприятия, хирургическое вмешательство, применение сложных методов лечения и диагностики — ни при каких условиях не могут быть выполнены без получения добровольного информированного согласия пациента.

Законодатель установил конкретный возраст — 15 лет (а не 16, как значилось ранее в Законе РСФСР о здравоохранении), по достижении которого пациент вправе самостоятельно принимать решение без уведомления родителей. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, дают их родители (опекуны). Незнание данного положения врачами, особенно хирургических специальностей, может привести к негативным последствиям.

Не является законным согласие на лечение, данное лицами, находящимися в таком физическом и психическом состоянии, которое не позволяет им адекватно оценивать обстановку, отдавать отчет в своих действиях и выражать свою волю. В связи с этим в ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья...» установлено, что согласие на медицинское вмешательство в отношении граждан, признанных судом недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум врачей, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей пациента. Использование данного положения законодатель предусматривает и при решении вопроса о необходимости расширения объема оперативного вмешательства непосредственно во время операции, когда больной находится под общим наркозом (например, полное, радикальное удаление пораженного органа, ампутация конечности). Безусловно, существенное расширение объема операции

без согласия больного оправдано только в случаях, когда речь идет о сохранении жизни пациента. Врачебная практика свидетельствует, что оптимальным вариантом решения данной проблемы будет получение одновременного согласия пациента и на предполагаемый объем операции, и на дополнительное расширенное хирургическое вмешательство, если к этому в ходе операции будут установлены прямые медицинские показания.

Законодатель, к сожалению, не предусматривает определенного порядка оформления согласия — оно может быть оформлено письменно или же внесено в историю болезни врачом после получения устного согласия больного, которое в определенной мере дает основание считать, что пациент вместе с врачом делит и бремя ответственности за исход лечения (соблюдение режима, выполнение предписаний врача и т.п.).

Ст. 20 (п. 3) указанного Федерального закона закрепляет положение, согласно которому «гражданин или его законный представитель имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения». Принцип свободы выбора больного, проявляющийся в отказе от любого вмешательства в его организм, даже если это единственная возможность избежать смерти, является фундаментальным. Он дает человеку абсолютное право на отказ от предложенной лечебной процедуры (по причинам философским или религиозным, объяснения которых от него не требуется). Такой отказ должен приниматься во внимание при любых обстоятельствах.

В ст. 20 (п. 9) Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан...» конкретизирован и дан исчерпывающий перечень случаев, когда оказание медицинской помощи проводится без согласия граждан. В ней указывается, что оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается на основании и в порядке, установленным законодательством Российской Федерации в следующих случаях:

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если

его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия принимается врачом (консилиумом), а решение об их госпитализации — судом (гл. 25 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации). Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проводится госпитализация без согласия, или по решению суда. Во всех иных случаях проведение медицинского вмешательства, даже из самых лучших побуждений, без согласия пациента (законных представителей) должно рассматриваться как противоправное.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные негативные последствия. Такой отказ с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином (законным представителем), а также медицинским работником. Следует подчеркнуть, что отказ от медицинского вмешательства должен быть столь же осознанным и добровольным, как и согласие пациента.

Проблема отказа от медицинского вмешательства вызывает многочисленные и острые дискуссии. При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты

интересов этих лиц. С учетом того, что законодатель не урегулировал процессуальные моменты такого обращения, оно может рассматриваться по ГПК Российской Федерации в течение двух месяцев, что вряд ли будет способствовать спасению чьих-то жизней. Данное положение Основ скорее носит декларативный характер, нежели направлено на защиту чьих-либо прав. Правовое решение данной проблемы, несомненно, требует более серьезного подхода.

**Право на эвтаназию.** В настоящее время на страницах медицинских изданий и периодической печати обсуждается вопрос о возможности разрешения эвтаназии — удовлетворения просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. В современном мире проблема легализации эвтаназии (*легкой смерти*) имеет как сторонников, так и ярых противников. В некоторых странах мира *пассивная эвтаназия* (*намеренное прекращение медиками поддерживающей терапии больного или «метод отложенного шприца»*) не преследуется уголовным законом — Нидерланды, Бельгия, Испания, Дания. Вместе с тем, законодательство перечисленных стран содержит определенные условия для применения пассивной эвтаназии — неизлечимость болезни, настоятельные и неоднократные просьбы больного, неприменимость этих мер в детском возрасте и контроль со стороны правоохранительных органов. Активная эвтаназия (*введение больному лекарственных средств, либо другие действия, которые влекут за собой быструю смерть, — «метод наполненного шприца»*) запрещена во всех странах мира. В России запрещены все формы эвтаназии (ст. 45 ФЗ «Об основах охраны здоровья...»), а лицо, сознательно побуждающее больного к эвтаназии и (или) осуществляющее ее, несет уголовную ответственность (ст. 105, 124, 125, 293 УК Российской Федерации). Само понятие «эвтаназия» в действующем Уголовном кодексе Российской Федерации отсутствует, однако реальный взгляд на сегодняшнюю ситуацию в стране, определяемую не только ее экономическим, но и политическим состоянием, дает основание констатировать существование пассивной латентной эвтаназии.

Подтверждением данного утверждения можно считать следующие факты: сокращение объема медицинской помощи населению, низкий рост затрат на здравоохранение, значительное число самоубийств, случаи голодной смерти больных и немощных, снижение рождаемости, высокая детская смертность, выписка больных из больниц, когда ясно, что болезнь неизлечима, и др.

Спор о праве человека на жизнь и на добровольный его уход из нее продолжается. Тем не менее, медицина призвана продлять человеческую жизнь, делать ее качество выше. Поэтому, наверное, альтернативой эвтаназии являются *хосписы* (от лат. *Hospes* — гость) — особые больницы (центры паллиативной медицины), в которых безнадежные больные не доживают свою жизнь, а живут отпущенный им срок и уходят. Принципы паллиативной медицины сегодня поддерживаются Всемирной организацией здравоохранения: смерть — это естественный процесс, который не надо ни ускорять, ни замедлять; медицина призвана обеспечивать облегчение боли и других беспокоящих симптомов; необходима психологическая и духовная поддержка больным, чтобы помочь им жить активной жизнью до конца и оказание психологической поддержки семьям во время болезни родственника и после его смерти.

В настоящее время действующий Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» установил запрет на эвтаназию (ст. 45). Медицинским работникам запрещено ускорять смерть гражданина по его просьбе.

**Врачебная тайна.** Одной из гарантий обеспечения прав граждан в области здравоохранения является законодательное закрепление понятия «врачебной тайны». Под врачебной тайной понимают не подлежащие огласке сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного, полученные от него самого или выявленные в процессе его обследования и лечения, т.е. при выполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей<sup>1</sup>. Причем не подлежат огласке не толь-

---

<sup>1</sup> Сергеев Ю. Врачебная тайна и её правовое обеспечение // Медицинский вестник. 2000 г. № 1 (140). С. 15.

ко данные о самой болезни, но и сведения о функциональных особенностях организма больного, физических недостатках, вредных привычках, особенностях психики и т.п.

Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» содержит специальную статью 13, регулиющую соблюдение врачебной тайны. Это сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Неправомерным разглашением врачебной тайны считается умышленное или неосторожное предание огласке медицинским работником такого рода сведений без разрешения больного, в результате чего они стали достоянием посторонних лиц или хотя бы одного лица.

Медицинская и юридическая практика знает не единичные случаи, когда разглашение врачебной тайны являлось причиной суицидальных действий больного. Понятно, что врачебная тайна будет реально обеспечена лишь при условии ее сохранения не только врачами, но и другими медицинскими работниками. Хотя ст. 13 не содержит исчерпывающего перечня лиц, обязанных хранить врачебную тайну, есть основания широко понимать этот термин. Сюда кроме врачей следует отнести медицинских сестер и младший медицинский персонал (санитаров, регистраторов, медстатистиков), технический персонал, обслуживающий медицинские учреждения (секретарей, бухгалтеров). В этой связи заслуживает внимание предложение некоторых авторов термин «врачебная тайна» заменить термином «профессиональная медицинская тайна».

К тому же в законе записано: при оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания вносятся только с согласия пациента. А если заболевший не хочет этого, то указывается лишь причина временной нетрудоспособности (заболевание, травма или что-то иное) — таким образом тоже соблюдается врачебная тайна.

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам. Прежде всего — должностным лицам,

в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, использования этих сведений в учебном процессе и в иных случаях.

На практике за разглашение врачебной тайны, как и за нарушение профессиональных обязанностей, предусмотрена в основном дисциплинарная ответственность. Лишь в особых случаях, связанных с причинением гражданам существенного вреда или повлекших за собой тяжкие последствия (например, разглашение тайны усыновления, самоубийство больного), может быть применена уголовная ответственность. Уголовная ответственность наступает по ч. 2 ст. 137 УК Российской Федерации (нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное лицом с использованием своего служебного положения).

Гражданская ответственность наступает в случае предъявления иска о возмещении морального вреда, причиненного разглашением врачебной тайны, по ст. 151 ГК Российской Федерации.

• В случаях, предусмотренных законом, допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя (п. 4 ст. 13 ФЗ):

1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю;

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания;

4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему;

5) в целях информированности органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

- б) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов;
- 7) в целях расследования несчастных случаев на производстве и профессионального заболевания;
- 8) при обмене информации медицинскими организациями;
- 9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного медицинского страхования;
- 10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с законом.

Следует подчеркнуть, что обязанность сообщать сведения, составляющие врачебную тайну, как правило, возлагается не на любого врача, а на должностных лиц системы здравоохранения (главных врачей, их заместителей). Обязанность же давать свидетельские показания во время предварительного расследования или суда распространяется на всех без исключения медицинских работников.

Особенно внимательно следует отнестись к п. 4, который трактует факт информирования родителей подростка старше 15 лет, обратившегося за медицинской помощью, как прямое нарушение врачебной тайны.

Врачи обязаны сообщить пациенту о том, что врачебная тайна раскрыта по требованию следствия или по иным перечисленным причинам. При этом лица, которым по закону переданы сведения, составляющие врачебную тайну, несут за их разглашение ответственность (с учетом причиненного пациенту ущерба) так же, как и врачи.

**Реклама лекарственных препаратов.** Права граждан в области здравоохранения должны законодательно закрепляться не только при обращении за медицинской помощью и ее получении, но и в повседневной жизни. К таким случаям относится проблема рекламы медицинских препаратов, которая совсем не является безобидной в условиях развития фармацевтического рынка. Международные документы трактуют понятие рекламы лекарственных средств гораздо шире, чем это сделано в нашем законодательстве: в частности, директивы Европейского Союза (ЕС)

включают в понятие «реклама лекарственных средств» все мероприятия по информации, маркетинговым исследованиям и созданию спроса<sup>1</sup>.

Эти документы содержат много предложений о рекламе лекарств и медицинской техники. В частности:

- материалы для населения должны проверяться врачами или фармацевтами;
- финансовая или другая материальная помощь врачам и аптекарям не могут быть использованы как стимул для продвижения и продажи лекарственного средства, т.е. поощрение за назначение и продажу лекарственных препаратов не должны практиковаться;
- запрещена реклама для населения наркотических средств;
- в средствах массовой информации допускается реклама лекарственных средств, отпускаемых только без рецепта врача;
- рекламу следует составлять так, чтобы рекламный характер был явно выражен, а продукт однозначно представлен как лекарство;
- все утверждения, содержащиеся в рекламных текстах, не должны содержать вводящих в заблуждение утверждений, двусмысленности.

В России вопросы рекламы медикаментов урегулированы ст. 24 ФЗ «О рекламе» от 13.03.2006 № 38-ФЗ<sup>2</sup>. Статья 24 названного закона устанавливает, что реклама лекарственных средств не должна:

- 1) обращаться к несовершеннолетним;
- 2) содержать ссылки на конкретные случаи излечения от заболеваний, улучшения состояния здоровья человека в результате применения объекта рекламирования;
- 3) содержать выражение благодарности физическими лицами в связи с использованием объекта рекламирования;

---

<sup>1</sup> Вольская Е. Этические принципы рекламы лекарственных препаратов и рекламное законодательство в России // Медицинская газета. 1996. 20 марта.

<sup>2</sup> СЗ РФ. 2006. № 12. Ст. 1232; СЗ РФ. 2009.

4) создавать представление о преимуществах объекта рекламирования путем ссылки на факт проведения исследований, обязательных для государственной регистрации объекта рекламирования;

5) содержать утверждения или предположения о наличии у потребителей рекламы тех или иных заболеваний либо расстройств здоровья;

6) способствовать созданию у здорового человека впечатления о необходимости применения объекта рекламирования;

7) создавать впечатление ненужности обращения к врачу;

8) гарантировать положительное действие объекта рекламирования, его безопасность, эффективность и отсутствие побочных действий;

9) представлять объект рекламирования в качестве биологически активной добавки и пищевой добавки или иного не являющегося лекарственным средством товара;

10) содержать утверждения о том, что безопасность и (или) эффективность объекта рекламирования гарантированы его естественным происхождением.

Некоторые положения о размещении информации о лекарственных средствах закреплены в ФЗ «Об обращении лекарственных средств» от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ<sup>1</sup>. В частности, закон устанавливает:

- информация о лекарственных средствах осуществляется в соответствии с требованиями государственного информационного стандарта;
- 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

---

<sup>1</sup> СЗ РФ. 2010. № 16.

печатных изданиях, рассчитанных на медицинских и фармацевтических работников. Информация о лекарственных средствах для специалистов сферы обращения лекарственных средств может быть представлена в виде монографий, справочников, научных статей, докладов на конгрессах, конференциях, симпозиумах, научных советах, а также инструкций по применению лекарственных средств, предназначенных для врачей.

Случаи нарушения общих принципов рекламы лекарственных препаратов в нашей стране следует объяснять не только недобросовестностью субъектов рекламы, но и несовершенством российского рекламного законодательства в отношении фармацевтического рынка, а также несоблюдением либо незнанием названных выше международных принципов.

Другой вид «нечистой» рекламы в этой сфере — реклама средств профилактики и гигиены, которым предписываются лечебные свойства. Потребитель должен знать, что такие препараты не проходили проверки на эффективность. Исследования проводятся только по их безопасности. Поэтому такие препараты, как «противоопухолевые чаи», биологические пищевые добавки, всевозможные средства для похудения в лучшем случае безвредны. По данным Центра содействия общественной экспертизы медицинской информации 80% рекламной информации о таких препаратах недостоверны<sup>1</sup>.

Важную роль в обеспечении цивилизованного характера рекламы лекарственных средств должен играть контроль. В соответствии с положениями ФЗ «Об обращении лекарственных средств» государственному контролю подлежат все лекарственные средства, произведенные на территории Российской Федерации и ввозимые на территорию Российской Федерации.

Порядок осуществления государственного контроля качества, эффективности, безопасности лекарственных средств устанавливается ФЗ «Об обращении лекарственных средств», норматив-

---

<sup>1</sup> Волкова А. Идеальная ловушка для легковверных: реклама опасна для вашего здоровья // Культура. 1998. № 14. С. 2.

ными правовыми актами Российской Федерации, в том числе нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление функций по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере обращения лекарственных средств. Постановлением Госстандарта Российской Федерации от 24.05.2002 г. № 36<sup>1</sup> утверждены Правила проведения сертификации в Системе сертификации лекарственных средств Системы сертификации ГОСТ Р. В этой же области действует и Постановление Правительства РФ от 10.02.2004 г. № 72 (ред. от 28.12.2006 г.) «О внесении изменений в перечень товаров, подлежащих обязательной сертификации, в перечень продукции, соответствие которой может быть подтверждено декларацией о соответствии, и о признании утратившим силу перечня работ и услуг, подлежащих обязательной сертификации»<sup>2</sup>.

Государственная система контроля качества, эффективности, безопасности лекарственных средств включает:

1) федеральный орган исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление функций по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере обращения лекарственных средств;

2) федеральный орган исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере обращения лекарственных средств, и его территориальные органы;

3) федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по оказанию государственных услуг, управлению государственным имуществом и правоприменительные функции, за исключением функций по контролю и надзору, в сфере обращения лекарственных средств;

4) информационную систему, обеспечивающую субъекты обращения лекарственных средств необходимой информацией.

---

Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2002. № 31.

<sup>2</sup> СЗ РФ. 2004. № 7. Ст. 538.

Заслуживает внимания тот факт, что помимо рекламодателей ответственность может быть возложена и на предприятие-производитель лекарства, если вследствие применения лекарственного средства нанесен вред здоровью человека.

Возмещение ущерба, связанного с вредом, нанесенным здоровью человека вследствие применения лекарственных средств и противоправных действий субъектов обращения лекарственных средств, осуществляется в соответствии с законодательством России об охране здоровья граждан.

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

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

2) 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 (ФЗ «Об обращении лекарственных средств»).

Подводя итог вышесказанному, следует подчеркнуть, что необходимо не только прямое регулирование вопросов охраны здоровья граждан при оказании им медицинских услуг, но и косвенное, как например, при распространении рекламы медицинских препаратов.



## ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

---

В России медицинской и фармацевтической деятельностью разрешается заниматься лицам, получившим высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющим диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию для занятия определенными видами деятельности по перечню Минздрава Российской Федерации.

Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

Врачи в период их обучения в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения имеют право на работу в этих учреждениях под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку. Студенты высших и средних медицинских учебных заведений допускаются к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку, в порядке, устанавливаемом федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения (ФЗ «Об основах охраны здоровья...»).

Лица, не имеющие законченного высшего медицинского или фармацевтического образования, могут быть допущены к занятию

медицинской или фармацевтической деятельностью в должностях работников со средним медицинским образованием в порядке, устанавливаемом федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Врачи или провизоры, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

● Лица, получившие медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской или фармацевтической деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях Российской Федерации в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, а также после получения лицензии на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Законодательство Российской Федерации предусматривает уголовную ответственность за незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью (ст. 235 УК РФ).

Профессиональный статус медицинского работника подтверждается дипломом об окончании специального учебного заведения, а также необходимыми свидетельствами о прохождении последипломной профессиональной подготовки. Врачом является лицо, обладающее высшим медицинским образованием и необходимой общей профессиональной квалификацией, позволяющей самостоятельно осуществлять медицинскую деятельность. Специалистом именуется врач, прошедший специализированную последипломную узкопрофессиональную подготовку. Врач, в том числе специалист, осуществляет консультативную, диагностическую и лечебную профессиональную деятельность. Прочие медицинские работники выполняют предписания врача.

Медицинская деятельность осуществляется медицинскими организациями, зарегистрированными в установленном законом

порядке и имеющими разрешение (лицензию) на ведение соответствующей деятельности. Медицинская организация вправе осуществлять только ту деятельность, на которую ей получено соответствующее разрешение, и только на тех условиях и в течение того срока, которые документально установлены лицензией.

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 (ст. 56 Основ). Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на избранный вид деятельности.

Разрешение на занятие частной медицинской практикой выдается местной администрацией по согласованию с профессиональными медицинскими ассоциациями и действует на подведомственной ей территории.

Контроль за качеством оказания медицинской помощи осуществляют профессиональные медицинские ассоциации и местная администрация. Иное вмешательство местной администрации в деятельность лиц, занимающихся частной медицинской практикой, не допускается, за исключением случаев, когда такое вмешательство прямо предусмотрено законом.

Запрещение заниматься частной медицинской практикой производится по решению органа, выдавшего разрешение на занятие частной медицинской практикой, или суда.

Право на занятие народной медициной (целительством) предусмотрено ст. 50 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». Народная медицина — это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Правом на занятие народной медициной обладают граждане Российской Федерации, получившие диплом целителя,

выдаваемый министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органами управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга. Решение о выдаче диплома целителя принимается на основании заявления гражданина и представления профессиональной медицинской ассоциации либо заявления гражданина и совместного представления профессиональной медицинской ассоциации и учреждения, имеющего лицензию на соответствующий вид деятельности. Диплом целителя дает право на занятие народной медициной на территории, подведомственной органу управления здравоохранением, выдавшему диплом.

Проведение сеансов массового целительства, в том числе с использованием средств массовой информации, запрещается. Лишение диплома целителя производится по решению органа управления здравоохранением, выдавшего диплом целителя, и может быть обжаловано в суд. Незаконное занятие народной медициной (целительством) влечет за собой административную ответственность, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, — уголовную ответственность.

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание профессиональных ассоциаций и других общественных объединений, формируемых на добровольной основе для защиты прав медицинских и фармацевтических работников, развития медицинской и фармацевтической практики, содействия научным исследованиям, решения иных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских и фармацевтических работников.

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации принимают участие:

- 1) в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм;
- 2) в разработке стандартов качества медицинской помощи, федеральных программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, в присвоении медицинским и фармацевтическим работникам квалификационных категорий;

3) в лицензировании медицинской и фармацевтической деятельности;

4) в соглашениях по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и деятельности фондов обязательного медицинского страхования.

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга могут проводить проверочные испытания медицинских и фармацевтических работников по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан и выдавать им соответствующий сертификат специалиста, а также вносить предложения о присвоении им квалификационных категорий.

Ст. 70 ФЗ «Об основах охраны здоровья...» определяет правовой статус лечащего врача, под которым подразумевается врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении. Лечащий врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения). По требованию пациента руководитель ЛПУ обязан заменить лечащего врача и должен содействовать выбору другого. Лечащий врач обязан организовывать своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставлять информацию о состоянии его здоровья, приглашать консультантов и проводить консилиумы. Следует особо подчеркнуть, что рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением экстренных случаев, угрожающих жизни больного. «Основы...» предоставляют лечащему врачу право единолично выдавать листок нетрудоспособности сроком до 30 дней. Лечащий врач может отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения.



## ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ

---

*Гете 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 назовем 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.

Согласно закону, любое право может быть ограничено только законом, но в условиях активного развития медицины и биотехнологий, оказалось, что права на защиту здоровья с помощью новых средств диагностики и лечения изменяют и ограничивают другие права вокруг достоинства и неприкосновенности личности. 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, чье 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 ее 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 пространства человека в эпоху постиндустриального общества

предполагает именно такую регуляцию, однако медицинское общество еще не осознало до конца ее необходимость.

Можно предположить, что юридическое сообщество также еще 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 ее 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 (комис-

сии) 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 ученой степени по медицинским наукам ВАК в сложных случаях считает отсутствие справки этического комитета аргументом для отрицательного решения, несмотря на то, что Положением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) о присуждении ученых 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 влечет 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 ее 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 объем информации, способ ее предоставления и форма получения согласия зависят уже от свободы выбора врача. Однако в последнее время отсутствие единой формы информированного согласия вызывает все больше трудностей. В разных медицинских организациях (лечебно-профилактических учреждениях) она утверждается по-разному. Чаще всего просто заимствуют у тех, кто уже ее 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 идет 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 идет процесс институализации биоэтики в правовом поле. Под институализацией 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 еще не право. Вероятно, в этом и состоит ее основная функция — транслировать нормы морали в правовое поле, отбирать и эксплицировать те этические детерминанты, которые обладают юридическим потенциалом<sup>1</sup>.

**Принцип «не навреди».** Принцип «не навреди» является старейшим в медицинской этике. Это наиболее важный принцип в деятельности врача, в нем суть врачебной этики Гиппократов. Для

---

<sup>1</sup> Седова Н.Н. Правовой статус биоэтики в современной России // Медицинское право. 2005. № 1.

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, нерасчетливыми или неквалифицированными 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 повлечет 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 тяжелом 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 лицу, обязанным ее 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, причиненный вследствие недобросовестности* (т.е. ненадлежащего исполнения своих прямых обязанностей) или *умышленно, преднамеренно*. Причинение такого вреда также повлечет 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, причем не только в специальном, но и в моральном отношении.

Наконец, четвертая из перечисленных разновидностей — это *объективно необходимый вред*. Сама формулировка уже исключает какую-либо юридическую ответственность. Практически каждое посещение врача несет в себе тот или иной вред для пациента (визит к врачу — это затрата времени, денег, следование предписанному режиму, госпитализация, причинение боли, ампутация и проч.)

Еще 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 определенному кругу лиц!), пациенту, тем не менее, может быть нанесен 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, серьезных психических отклонений, бесплодия и т.д.). Во всех этих случа-

ях речь идет о причинении пациенту не физического, а морального вреда.

Таким образом, принцип «не навреди» предполагает, что пациент получит от врача некое благо. Поэтому тот неизбежно неизбежный 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. Д. Юм 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 тяжелых 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 все же существуют. Многовековая традиция медицинской практики состоит в том, что в каждом конкретном случае именно врач решает, в чем состоит благо пациента. Такой подход принято называть патерналистским<sup>1</sup>.

*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

---

<sup>1</sup> 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 правительства великодушное ограничение свободы его субъектов, т.е. подданных, и характеризовал его как наихудший мыслимый деспотизм.

медицинского в частности имеют глубокие корни, со времен, когда земские врачи брали на себя заботу о здоровье малограмотных крестьян.

Ни для кого не секрет, что патернализм как норма отношений врач — пациент укоренен 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 проистекает 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 стороны 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 идет 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 ребенка.

Особенно существенно это требование для практики биомедицинских экспериментов на человеке, ибо ситуация такого

эксперимента с неизбежностью несет 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 ожидающимся 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 ее 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 идет 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 морально. Впрочем, ныне действующее российское законодательство дает 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 вошел в первую группу, получают испытываемый препарат. Тем же, кто оказался в другой группе (ее называют контрольной), вместо этого препарата дают безвредную имитацию его — *плацебо*, причем 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 проч.) 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 нем 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 остается нерешенной. 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.<sup>1</sup> В рамках данной модели четко 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 действующему Федеральному закону от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» пациент имеет право на «информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от добровольного согласия» (ст. 20).

В западной литературе распространено отношение к происходящим изменениям как фундаментальной смене «моральных парадигм». Например, Р. Витч (США) полагает, что в патерналистской (он называет ее «сакральной») парадигме «моральный авторитет врача оказывает такое влияние на пациента, что подавляет его свободу и достоинство»<sup>2</sup>. 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»<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Эсмануэль Е., Эсмануэль Л. Четыре модели взаимоотношений врача и больного // *JAMA*. Журнал Американской Медицинской Ассоциации. 1992, октябрь.

<sup>2</sup> Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // *Вопросы философии*. 1994. № 3.

<sup>3</sup> Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // *Вопросы философии*. 1994. № 3.

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<sup>1</sup>. 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 трех позициях.

Первая позиция связана с принципом доверия к врачу. Профессор Войно-Ясенецкий утверждал, что «доверие или недоверие врачу... глубоко определяет исход болезни»<sup>2</sup>. Он разделял принцип врачебного сообщества, который окончательно сформировался к XVI в., согласно которому успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше»<sup>3</sup>.

Понимание доверия больного к врачу как элемента терапии непосредственно связано с пониманием веры в христианстве. «Вера ... есть осуществление ожидаемого» (Евр., 11,1). Но если религиозная вера человека — прежде всего дар, то вера и доверие больного врачу в значительной степени зависят от самого врача. Причем сформировать у больного и укрепить это доверие врач не только может, но даже и обязан.

<sup>1</sup> Профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий причислен Русской Православной церковью к лику святых в 2000 г.

<sup>2</sup> *Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий В.Ф.). Дух, душа и тело.* — Симферополь: изд-во Симферопольской и Крымской епархии, 2000. — С. 85.

<sup>3</sup> *Gorton D.F. History of Medicin.* — New York and London: G.P. Putman's Sons, 1910. — P. 205.

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»<sup>1</sup>. Причем «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»<sup>2</sup>.

Кроме прочего, принцип информированного согласия может быть рассмотрен как долго искомая и наконец найденная форма правовой защищенности рисков врача, не застрахованного от так называемых врачебных ошибок. Юридически врачебная ошибка квалифицируется как «ненаказуемое добросовестное заблуждение при отсутствии небрежности и халатности»<sup>3</sup> или как «обстоятельство, смягчающее ответственность врача»<sup>4</sup>. В этих условиях принцип информированного добровольного согласия пациента выступает как правовая основа взаимоотношений врач—пациент, делая врача более защищенным при исковом заявлении пациента.

Тем не менее, многими информированное согласие рассматривается и как непосредственная форма защиты прав пациента. В чем 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 результа-

---

<sup>1</sup> *Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий)*. Дух, душа и тело. — Изд-во Симферопольской и Крымской епархии, 2000. — С. 84.

<sup>2</sup> Там же. С. 84–85.

<sup>3</sup> *Малеина М.Н.* Человек и медицина в современном праве. — М., 1995. — С. 162.

<sup>4</sup> *Савицкая А.Н.* Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим лечением. — Львов, 1982. — С. 186–194.

тах 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 трех 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<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Силуянова И.В. «Патернализм» и «информированное согласие»: этическое и правовое регулирование отношений врач—пациент // Медицинское право. 2005. № 2.



## ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

---

**Правовые аспекты иммунопрофилактики инфекционных болезней.** Согласно ст. 41 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. В России 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.

Одним из условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения на всей территории Российской Федерации.

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.

На сегодняшний день вопросы осуществления противоэпидемиологических и санитарных мероприятий регулируются Федеральным законом от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», а также другими законами и подзаконными актами Российской Федерации.

Правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней устанавливаются

Федеральным законом от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

В данном законе раскрываются основные понятия в области иммунопрофилактики:

- *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 защиту 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;
- бесплатный медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;
- бесплатное лечение в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений;
- социальную защиту 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.

Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается Правительством Российской Федерации.

При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны:

- выполнять предписания медицинских работников;
- в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок.

Финансирование иммунопрофилактики осуществляется за счет средств федерального бюджета, средств бюджетов субъектов Российской Федерации, средств фондов обязательного медицинского страхования и других источников финансирования в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

Национальный календарь профилактических прививок включает профилактические прививки против гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, эпидемического паротита.

Указанные профилактические прививки проводятся всем гражданам Российской Федерации в сроки, установленные национальным календарем профилактических прививок. 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 проведении 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.

**Требования к проведению профилактических прививок.** Профилактические прививки проводятся гражданам в государственных, муниципальных или частных организациях здравоохранения либо лицами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии лицензий на соответствующие виды деятельности в области иммунопрофилактики.

Профилактические прививки проводятся с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

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.

**Социальная защита граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.** При возникновении поствакцинальных осложнений граждане имеют право на получение:

- 1) государственных единовременных пособий;
- 2) ежемесячных денежных компенсаций;
- 3) пособий по временной нетрудоспособности.

Выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций производятся за счет средств федерального бюджета органами социальной защиты населения в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Выплаты пособий по временной нетрудоспособности производятся из средств государственного социального страхования.

*Государственные единовременные пособия:* при возникновении поствакцинального осложнения гражданин имеет право на получение государственного единовременного пособия в размере 10 000 рублей.

Перечень поствакцинальных осложнений, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий, утверждается Правительством Российской Федерации по представлению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения.

В случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, *право на получение государственного единовременного пособия в размере 30 000 рублей имеют члены его семьи*. Круг членов семьи, имеющих право на получение указанного пособия, определяется в соответствии со ст. 50 и 51 Закона Российской Федерации «О государственных пенсиях в Российской Федерации».

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.

Таким образом, государственная политика в области иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, действующая система мероприятий, направленных на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок, закрепленные нормативно-правовыми актами российского законодательства, обеспечивает санитарно-эпидемиологическое благополучие граждан Российской Федерации<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Махонько Н.И. Правовые аспекты иммунопрофилактики инфекционных болезней // Медицинское право. 2005. № 2.



## ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

---

Одним из наиболее прогрессивных и бурно развивающихся разделов медицины является трансплантология, наука, занимающаяся проблемами пересадки (трансплантации) органов и тканей. Как метод лечения трансплантация показана при большом количестве самых разнообразных заболеваний.

Отображением клинической эффективности данного метода лечения являются показатели годичной выживаемости. В ведущих клиниках этот показатель равняется: для почки — 90–95%; сердца — 85%; печени — 80%<sup>1</sup>.

По обобщенным данным, современная мировая потребность составляет не менее одного миллиона клинических трансплантаций почки, сердца, печени, не считая других органов. Эта тенденция имеет склонность к прогрессированию.

Основоположником трансплантации стал российский ученый В.П. Демихов. В 1951 г. он впервые в мире пересадил донорское сердце собаке. В 1967 г. хирург из ЮАР К. Барнард, пройдя предварительно стажировку у В.П. Демихова, первым в мире осуществил успешную трансплантацию сердца человеку. С тех пор сделано уже более нескольких десятков тысяч подобных операций. В России первую пересадку сердца провел выдающийся хирург, академик Российской академии наук В.И. Шумаков. Сейчас на счету у В.И. Шумакова более сотни операций по пересадке сердца, около двух тысяч — по пересадке почек и тысячи других сложнейших операций.

---

<sup>1</sup> Сальников В.П., Стеценко С.Г. Трансплантация органов и тканей человека: проблемы правового регулирования. Научное издание. — СПб.: Фонд «Университет», 2000. — С. 5.

В Российской Федерации трансплантация органов и (или) тканей человека регулируется Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (ст. 47); Законом РФ от 22.12.1992 г. № 4180-1 (с посл. изм. и доп.) «О трансплантации органов и (или) тканей человека»<sup>1</sup>, а также отчасти и Законом РФ от 09.06.1993 г. №5142-1 (с посл. изм. и доп.) «О донорстве крови и ее компонентов».

Условия и порядок трансплантации органов или тканей человека определяются Законом «О трансплантации...». Трансплантация органов или тканей человека является средством спасения жизни и восстановления здоровья и должна осуществляться на основе соблюдения законодательства Российской Федерации и прав человека в соответствии с гуманными принципами, провозглашенными мировым сообществом. Положения Закона созвучны со ст. 2 Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины (Конвенция о правах человека и биомедицине) — интересы и благо отдельного человека имеют преимущественную силу по отношению к исключительным интересам общества и науки. Закон обеспечивает важнейшее из конституционных прав человека — право на жизнь и здоровье.

В России в качестве законных объектов трансплантации в ст. 2 Закона «О трансплантации...» и в приказе Минздрава РФ от 15 декабря 2002 г. названы следующие органы: сердце, легкое, комплекс сердце—легкое, печень, почка, поджелудочная железа с двенадцатиперстной кишкой, селезенка, эндокринные железы. Данный перечень является исчерпывающим. Между тем из средств массовой информации можно узнать о произведенных в России трансплантациях и иных органов, например, о пересадке трахеи<sup>2</sup>. Очевидно, что указанный перечень с учетом практики будет дополняться.

---

<sup>1</sup> Далее Закон «О трансплантации...».

<sup>2</sup> *Краснопольская И.* Легкое дыхание — вопреки неизбежному // *Российская газета.* 2001. 2 марта.

Среди тканей к трансплантатам причислены: кровь и ее компоненты, сперма, костный мозг.

Учитывая различия медицинского характера и особенности правового регулирования, которые присущи трансплантации органов и тканей, необходимо отдельно рассматривать трансплантацию с использованием трупных органов и тканей и пересадку с донорством живых лиц. Это связано с тем, что наряду со сходными проблемами имеется целый ряд признаков, свойственных только одному из представленных видов трансплантации.

Трансплантаты, т.е. органы и ткани, которые изымаются в медицинских целях для дальнейшей пересадки. Забор этих органов и тканей влечет временное или постоянное ухудшение состояния здоровья и (или) риск такого ухудшения.

Согласно ст. 1 Закона «О трансплантации» и ст. 19 Конвенции о правах человека и биомедицине изъятие у живого донора органов или тканей для их трансплантации может производиться исключительно с целью лечения реципиента при условии отсутствия соответствующего органа или ткани, полученных от трупа, и невозможности столь же эффективного лечения альтернативными методами.

Согласно действующему в России законодательству, живым донором может быть совершеннолетний и дееспособный гражданин. Привлечение несовершеннолетних детей к донорству костного мозга разрешается с согласия родителей. При изъятии крови донор должен быть не старше 60 лет, при изъятии спермы — в возрасте от 20 до 40 лет.

Живой донор должен находиться с реципиентом в генетической связи, за исключением случаев донорства крови, спермы, костного мозга. Перед операцией донор проходит медицинское освидетельствование, результаты которого должны подтвердить, что его здоровью не будет причинен вред. При трансплантации органов и костного мозга проводится консилиум врачей-специалистов.

• Донорство крови, спермы бывает как безвозмездным, так и платным. В Законе «О трансплантации» предусмотрено, что органы и ткани (помимо крови) не могут быть предметом купли-продажи.

Осуществлять забор и заготовку органов и тканей разрешено только государственным учреждениям здравоохранения.

Заключая договор донорства, гражданин становится носителем целого комплекса относительных прав и обязанностей (право на информацию о предстоящей процедуре и ее последствиях, право отказаться в любой момент от донорства, обязанность сообщить сведения о перенесенных или имеющихся заболеваниях и др.).

Отличительной особенностью трансплантации с донорством живых лиц является характер оперативного вмешательства, при котором затрагиваются интересы двух людей — донора и реципиента. В данном случае донор представляет возможность медицинскому персоналу осуществить внедрение в свой организм, тем самым нарушая телесную целостность. Это вмешательство направлено не на собственно лечебные цели по отношению к донору, поэтому здесь речь идет о нанесении вреда здоровью человека. Принимая во внимание, что донорами являются люди, которые могут предоставить жизнеспособный орган, — вред наносится потенциально здоровому человеку. Уровень современной медицины не позволяет, к сожалению, предельно точно прогнозировать исход оперативного вмешательства для донора. Поэтому основными условиями, наличие которых обязательно при донорстве живых людей, являются добровольное согласие в сочетании с достаточным уровнем физического и психического здоровья.

Гарантии, которые должны быть предоставлены донору невозможно выразить в виде каких-либо императивов. Тем не менее, донору должно быть гарантировано:

- предварительное всестороннее комплексное медицинское обследование;
- изъятие только заранее определенного парного органа, части органа или ткани;
- отсутствие значительного вреда здоровью после изъятия из организма трансплантата;
- пересадка органа или ткани заранее определенному реципиенту (состоящему в генетическом родстве с донором);

- диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья после трансплантации.

Реципиенту как лицу, обратившемуся за медицинской помощью, должно быть гарантировано:

- предварительное всестороннее комплексное медицинское обследование;
- недопущение заражения от донора системными или инфекционными заболеваниями (СПИД, гепатиты и др.)
- обеспечение специализированной медицинской помощью в ранний посттрансплантационный период;
- диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья в течение длительного времени после трансплантации.

Статья 3 Закона «О трансплантации...» посвящена ограничению круга живых доноров. Предметом особой озабоченности является защита прав несовершеннолетних и иных «уязвимых» категорий граждан от принуждения или побуждения стать донором<sup>1</sup>. Не допускается донорство:

- несовершеннолетних (за исключением случаев пересадки костного мозга);
- недееспособных лиц;
- лиц, имеющих опасное для передачи заболевание;
- людей, находящихся в служебной или иной зависимости от реципиента.

До 90% трансплантаций производится с применением трупных трансплантатов. Это обуславливает необходимость пристального внимания к правомерности изъятия органов и тканей у трупов.

Определяя условия и порядок трансплантации, в частности изъятия органов и (или) тканей у трупа с целью пересадки нуждающемуся в этом реципиенту, законодатель установил в ст. 8 Закона РФ от 22.12.1992 года № 4180-1 «О трансплантации...» запрет на такое изъятие в случае, когда учреждение здравоохра-

---

<sup>1</sup> Григорьев Н. Регламентация трансплантации // Советская юстиция. 1993. № 7. С. 19.

нения на момент изъятия было поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на него. Законодатель в данном случае избрал модель презумпции согласия на изъятие органов и (или) тканей человека после его смерти («неиспрошенное согласие» или «предполагаемое согласие»), трактующую невыражение самим лицом, его близкими родственниками или законными представителями своей воли либо отсутствие соответствующих документов, фиксирующих ту или иную волю как наличие положительного волеизъявления на осуществление такого изъятия.

В то же время немедицинский ФЗ «О погребении и похоронном деле» также регулирует порядок волеизъявления лица о согласии или несогласии на изъятие органов и (или) тканей из его тела и гарантирует погребение умершего с учетом волеизъявления, выраженного лицом при жизни, и пожелания родственников.

Таким образом, положения двух Законов («О трансплантации...» 1992 г. и «О погребении и похоронном деле» 1996 г.) по-разному интерпретируют один и тот же вопрос — а именно: правомерность изъятия органов и тканей у трупа. Именно эта коллизия привела к тому, что среди учреждений, осуществляющих забор трансплантатов в целях пересадки, нет единого мнения по поводу правомерности изъятия органов и тканей от умерших людей: с одной стороны, «презумпция согласия» Закона «О трансплантации...», а с другой — по сути, «презумпция несогласия» Закона «О погребении». В этой связи часто единственным средством решения проблемы служит мнение руководителя учреждения, где осуществляется забор трансплантата.

В целях соблюдения баланса прав и законных интересов доноров и реципиентов вопросы, связанные с реализацией гражданином, либо его близкими родственниками или законными представителями права заявить письменно или устно о несогласии на изъятие органов и (или) тканей для трансплантации, требуют более детальной (как на законодательном уровне, так и в подзаконных нормативных актах) регламентации, а механизмы информирования граждан о действующем правовом регулировании — развития и совершенствования.

В настоящее время с точки зрения некоторых авторов более оптимальной считается позиция закрепления в российском законе «О трансплантации...» презумпции несогласия. По их мнению, это позволит более эффективно осуществлять защиту прав и законных интересов граждан при оказании медицинской помощи, а также обеспечит реальное осуществление волеизъявления умершего<sup>1</sup>.

К основным направлениям, требующим рассмотрения при трансплантации с использованием трупных органов и тканей, относятся соотношение права на жизнь донора и:

- права медицинского персонала на отключение средств поддержания жизни умирающего человека, который рассматривается в качестве потенциального донора;
- продолжительности проведения реанимационных мероприятий при очевидном, с медицинской точки зрения, летальном исходе;
- проблемы активной и пассивной эвтаназии;
- особенностей диагностики «смерти мозга» потенциального донора;
- самих терминов «потенциальный донор» и «донор-труп».

Учитывая настоящее положение в трансплантации органов и тканей, когда только лишь 15 % доноров — живые люди<sup>2</sup>, значение использования для этих целей трупных трансплантатов не вызывает сомнений. Но в этих условиях необходимо четко определить роль волеизъявления умершего, сделанного при жизни, относительно возможности изъятия органов или тканей. При этом нуждается в разработке процедура оформления такого акта: определение условий правомерности, формы составления, наличие свидетелей, значение документального заверения.

Анализ российского уголовного законодательства свидетельствует о возможности криминализации отношений в области

---

<sup>1</sup> Горбунова Н.А. О презумпции согласия на изъятие органов или тканей человека после его смерти // Российская юстиция. 2005. № 11.

<sup>2</sup> Мельников В.С. Социальные и правовые аспекты медицинской деятельности. — Киров, 1997. — С. 82.

трансплантологии. В частности, в Уголовном кодексе РФ есть статья 120 («Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации»). Прогресс в области трансплантации органов и тканей породил возможность возникновения криминальных ситуаций, связанных с поиском подходящих лиц для изъятия у них органов и тканей, в том числе и путем принуждения, чем и объясняется закрепление в УК РФ названной нормы.

Однако в правовой литературе высказывается мнение, что название и содержание статьи 120 УК РФ должно касаться не только трансплантации. Принуждение к изъятию органов или тканей человека может преследовать и другие цели, например проведение экспериментов или использование эмбриональных тканей (материалов) для изготовления лекарственных препаратов (так называемые стволовые клетки) и т.д. Поэтому уголовно-правовая охрана прав и свобод человека стала бы эффективнее, если в данную норму включить соответствующие изменения и дополнения.

Уголовная ответственность устанавливается за убийство и за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью в целях использования органов или тканей потерпевшего (п. «м» ч. 2 ст. 105 и п. «ж» ч. 2 ст. 111 УК РФ), а также за торговлю людьми в целях изъятия у потерпевшего органов или тканей (п. «ж» ч. 2 ст. 127.1 УК РФ).

Трансплантация органов и тканей поставила перед обществом целый ряд морально-этических, медицинских и правовых проблем. Принципиальное отличие пересадки от всех других медицинских операций заключается в наличии донора — человека, который не нуждается в медицинской помощи, но здоровью которого в результате трансплантации наносится вред.

Прогрессивное развитие трансплантологии предполагает адекватное обеспечение ее правовым механизмом. Отсутствие или неадекватное правовое регулирование будет искусственно сдерживать рост и внедрение трансплантации органов и тканей, потенциально обеспечивая криминализацию данной сферы медицины. Четко и полно сформулированные правовые нормы способны оказать непосредственное воздействие на деятельность медицинских работников, облегчая выход из сложных ситуаций и предотвращая возможность правонарушений.



## ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В СФЕРЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

---

В 1920 г. Советская Россия стала первой страной в мире, которая легализовала искусственное прерывание беременности по желанию женщины. Несмотря на то, что в конце 30-х гг. XX в. производство абортс было запрещено, после Великой Отечественной войны они вновь были легализованы. К середине 80-х гг. в России был зарегистрирован один из самых высоких показателей числа абортс в расчете на одну женщину. По данным ВОЗ, он составлял от 2,5 до 4 искусственных прерываний беременности на одну женщину, тогда как на Западе соответствующий показатель не превышал 0,63.

По мнению историков, социологов, демографов, причину такой «популярности» абортс в России следует искать в раскрепощении и освобождении женщины, активной атеистической пропаганде и легализации абортс в начале 20-х гг. прошлого века. Россия была в то время единственной страной в мире, имевшей столь свободное законодательство, которое превратилось в инструмент для решения политических и идеологических проблем, социального экспериментирования. Все сказанное выше привело к формированию «особой абортс культуры», то есть приспособлению и привыканию общества к широкому производству абортс, «к деформации психологии целых поколений мужчин и женщин, когда искусственное прерывание беременности утратило для многих из них смысл мучительного морального выбора, стало социальной нормой»<sup>1</sup>. Появились специаль-

---

<sup>1</sup> *Беседкина Н.* Нравственные и правовые основания искусственного прерывания беременности // *Право и жизнь. Независимый правовой журнал.* 2005. № 85. С. 115.

ные кадры, койки, централизованно распределяемые ресурсы и фонды, а также масса сопутствующих этой процедуре медицинских производств и технологий, использующих отходы абортот. Это производство гормональных, иммунных средств, кровозамещающих и колагеновых препаратов<sup>1</sup>.

В настоящее время, по данным ученых, число искусственных прерываний беременности по-прежнему остается в России на очень высоком уровне и составляет почти 2 аборта на каждое живорождение. В 130 странах мира аборт по социальным показаниям вообще недопустим.

Анализ современного российского законодательства позволяет заключить, что оно является одним из самых либеральных, поскольку легализует и делает доступным искусственное прерывание беременности фактически на любой стадии развития плода.

Так, согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья...» (ст. 51–57), «каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве». Искусственное прерывание беременности проводится 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<sup>2</sup>.

Перечень медицинских показаний определяется Приказом Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении Перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»<sup>3</sup>, перечень социальных показаний — положением, утверждаемым Правительством РФ.

Социальными показаниями для искусственного прерывания беременности, согласно Перечню, утвержденному Постановлением Правительства РФ № 485 от 11 августа 2003 года «О перечне социальных показаний для искусственного прерывания

<sup>1</sup> *Исаева В. Ю.* Организационно-правовые формы легального лишения права человека на жизнь // Современное право. 2007. № 2. С. 19–25.

<sup>2</sup> Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 33. Ст. 1318.

<sup>3</sup> Российская газета. 2007. № 324.

беременности»<sup>1</sup>, являются наличие инвалидности I–II группы у мужа; смерть мужа во время беременности; пребывание женщины в местах лишения свободы; наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав; беременность в результате изнасилования. Действует также Приказ Минздрава РФ от 14 октября 2003 г. № 484 «Об утверждении инструкции о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям и проведения операции искусственного прерывания беременности»<sup>2</sup>.

Таким образом, в основу российского законодательства положена либеральная позиция, в соответствии с которой женщина имеет практически неограниченную свободу в решении вопроса о прерывании беременности. Данный подход к правовому регулированию искусственного аборта противоположен позиции зарубежного законодателя.

Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку<sup>3</sup>. Таким образом, при сроке беременности до 12 недель человеческий зародыш может быть умерщвлен по любым основаниям, независимо от наличия медицинских и социальных показателей для такого умерщвления. По смыслу Основ, жизнь человеческого зародыша подлежит правовой охране лишь по истечении 12 недель с момента зачатия при условии отсутствия у матери социальных и медицинских показаний для искусственного прерывания беременности. При наличии медицинских показаний жизнь человеческого плода вообще не составляет предмета правовой охраны: мать, а в некоторых случаях врачи, вольны распорядиться этой жизнью по собственному усмотрению. При наличии социальных показаний человеческий зародыш может быть умерщвлен при сроке беременности до 22 недель.

<sup>1</sup> Российская газета. 2003. № 161.

<sup>2</sup> Российская газета. 2003. № 249.

<sup>3</sup> СЗ РФ. 1993. №33. Ст. 1318.

Следует отметить, что согласно инструкции о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям, вопрос об искусственном прерывании беременности решается в учреждениях, получивших лицензию на медицинскую деятельность комиссией в составе руководителя учреждения, врача акушера-гинеколога, юриста, специалиста по социальной работе (при его наличии). Комиссия рассматривает письменное заявление женщины, заключение врача акушера-гинеколога о сроке беременности, документы, подтверждающие наличие социальных показаний. Таким образом, необходимыми являются такие юридические документы, как свидетельство о смерти мужа, решение суда о лишении родительских прав, документы, подтверждающие инвалидность мужа, и т.п. При этом существенным пробелом является отсутствие особого порядка разрешения операции по искусственному прерыванию беременности, возникшей в результате изнасилования. Общий порядок, при котором женщина должна будет подтверждать данный факт, причинит ей дополнительные нравственные страдания.

Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством. В силу ст. 123 УК РФ «незаконное производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, наказывается штрафом в установленном размере, либо обязательными работами на срок от 100 до 240 часов, либо исправительными работами на срок от 1 года до двух лет»<sup>1</sup>.

Одной из приоритетных задач здравоохранения, направленных на охрану репродуктивного здоровья и рождение здоровых детей по-прежнему остается профилактика абортов. Здесь следует отметить, что Тамбовская область также взяла на вооружение решение данной проблемы. В результате проводимой планомерной работы в Тамбовской области за последние 10 лет общее количество абортов в целом по области снизилось более чем

<sup>1</sup> СЗ РФ. 1996. № 25. Ст. 2954.

в 2 раза. За последние пять лет абсолютное число аборт в РФ снизилось на 22,7%, в Тамбовской области — на 33,7%.

Следует отметить также, что доля аборт, производимых по желанию женщины, снизилась с 80% в 2006 г. до 73,8% в 2009 г. (РФ 2008 г. — 78,3%), что также свидетельствует об эффективности санитарно-просветительной работы среди населения.

В 2009 г. зарегистрировано — 6925 аборт (2005 г. — 10444, 2006 г. — 9560, 2007 г. — 8790, 2008 г. — 8012). Цифры пока что остаются страшными, но есть определенные успехи<sup>1</sup>.

На федеральном уровне осуществляются попытки реформирования. Так, согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24.09.2007 № 623 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации»<sup>2</sup> в штат женской консультации могут быть приняты социальные работники, одной из задач которых является индивидуальная работа с женщинами, обратившимися в консультацию с целью прервать беременность.

Кроме этого, представляется, что проблему аборт нужно разрешать средствами и методами, которые создадут ситуацию, когда не нужно будет решать вопрос о необходимости аборт законодательными мерами. Одним из таких средств является защита материнства. Конституция РФ провозглашает охрану материнства и семьи государством. Материнством считается способность женщин к выполнению важнейшей биологической и социальной функции — воспроизводство потомства, продолжение человеческого рода. Из этого вытекает право женщины иметь ребенка и этому праву корреспондирует только обязанность создать условия, чтобы она могла его иметь, и субъектом этой обязанности является государство. Защита материнства — одна из приоритетных задач российского государства.

---

<sup>1</sup> Профилактика аборт в Тамбовской области от 01.01.2010 г. // Тамбовская жизнь. 2010.

<sup>2</sup> Российская газета. 2007. № 268.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ



Настоящее учебное пособие рассчитано на студентов, обучающихся по специальности «юриспруденция» в рамках дисциплин регионального компонента по гражданско-правовой специализации. В нем представлен краткий курс лекций по «Медицинскому праву», тематика семинарских заданий, проверочные тесты, список нормативных актов и литературы по вопросам здравоохранения и медицинской деятельности.

Изучение данного курса позволяет расширить представления студентов о философских подходах к трактовке медицинского права, раскрыть понятие нового для современного естествознания явления — биоэтики, главная задача которой обратить внимание человечества на необходимость защиты наряду с правами и свободами также и целостности каждого человека, что имеет принципиальное значение для правового регулирования в сфере здравоохранения, медицины и биологии.

Права граждан в области медицины носят уникальный характер. С одной стороны, они затрагивают повседневные и очевидные жизненные интересы практически каждого человека. С другой стороны, их реализация зависит не столько от политических коллизий и даже ресурсных возможностей, сколько от уровня и состояния правосознания, от осознания людьми своих прав и готовности их отстаивать. Особенно это актуально для студентов-юристов, чья профессиональная задача заключается в применении законодательства в целях защиты прав и законных интересов человека

## Тема 1. ВВЕДЕНИЕ В КУРС «МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА»

1. Понятие, предмет и метод медицинского права.
2. Право граждан на охрану здоровья и его гарантии. Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье.
3. Здоровье как охраняемое законом право.
4. Основные принципы охраны здоровья граждан. Соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья.
5. Источники медицинского права. Законодательство о здравоохранении.
6. Пути совершенствования медицинского законодательства.
7. Система здравоохранения и государство.

## Тема 2. ПРАВА ГРАЖДАН В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

1. Права граждан на медико-социальную помощь.
2. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья:
  - права семьи,
  - права беременных женщин и матерей,
  - права несовершеннолетних,
  - права военнослужащих и граждан, подлежащих призыву на военную службу и поступающих на военную службу по контракту,
  - права граждан пожилого возраста и инвалидов,
  - права граждан при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах,
  - права лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест.
3. Правовой статус медицинских работников.

### **Тема 3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

1. Системы здравоохранения: общие принципы строения и сравнительная характеристика.
2. Основное содержание современной реформы здравоохранения Российской Федерации. Переход от бюджетной к бюджетно-страховой медицине.
3. Основные принципы медицинского страхования, субъекты и принципы их взаимодействия.

### **Тема 4. МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО, БИОЭТИКА И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА**

1. Понятие, цели и принципы биоэтики.
2. Принципы «Не навреди» и «Делай благо» в биоэтике.
3. Принципы патернализма и уважения автономии пациента.
4. Принцип справедливости в биоэтике.
5. Новые биотехногенные реальности в медицине: место и роль биоэтики.

### **Тема 5. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

1. Проблемы права и психиатрии в контексте медицинского права.
2. Биоэтика и психиатрия. История развития психиатрии как науки.
3. Патернализм и партнерство в психиатрии.
4. Развитие законодательства о психиатрической помощи в России.
5. Обеспечение психиатрической помощью и защита прав лиц, страдающих психическими расстройствами.
6. Виды психиатрической помощи и порядок ее оказания.
7. Принудительные меры медицинского характера в психиатрии. Психиатрическая экспертиза и ее виды.

## **Тема 6. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА И ДОНОРСТВА КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ**

1. Законодательство, регулирующее деятельность по трансплантации органов и (или) тканей человека.
2. Понятие и виды трансплантации, условия и порядок трансплантации.
3. Доноры и реципиенты.
4. Презумпция согласия и право на разрешение изъятия трансплантантов.
5. Трансплантация и принципы биоэтики.
6. Законодательство о донорстве крови и ее компонентов.
7. Организация донорства крови и ее компонентов.
8. Опасности «кровавой» медицины.

## **Тема 7. ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В РЕПРОДУКТИВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА**

1. Искусственное оплодотворение.
2. Искусственное прерывание беременности.
3. Медицинская стерилизация.

## **Тема 8. ЭВТАНАЗИЯ: ЖИЗНЕННЫЙ СМЫСЛ ВЫБОРА СМЕРТИ**

1. Понятие и виды эвтанази.
2. Эвтаназия и биоэтика.
3. Законодательное регулирование эвтанази в России.
4. Отношение к эвтаназии в различных странах мира.
5. Эвтаназия как форма реализации права человека на смерть.

## **Тема 9. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

1. Медицинский эксперимент, пределы допустимости, правовые вопросы.
2. Правовые вопросы оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.
3. Порядок оборота лекарственных средств на территории Российской Федерации.
- 4.оборот наркотических средств и оказание помощи больным наркоманией.
5. Осуществление противоэпидемиологических и санитарных мероприятий.
6. Иммунопрофилактика инфекционных болезней.

## **Тема 10. ПРАВОВАЯ ОЦЕНКА ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ**

1. Медицинская услуга и экспертиза врачебной деятельности.
2. Понятие врачебной ошибки и границы, допустимых в медицинской практике ошибок.
3. История развития уголовного законодательства по вопросам оценки врачебной ошибки.
4. Оценка врачебной деятельности по УК Российской Федерации.
5. Гражданско-правовая ответственность медучреждений и медработников.
6. Дисциплинарная и административная ответственность медработников.

# ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ (ЗАЧЕТУ) ПО КУРСУ «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

1. Предмет и система медицинского права.
2. Источники медицинского права; законодательство Российской Федерации о здравоохранении и медицине.
3. Конвенция о правах человека и биомедицине.
4. Закон Российской Федерации о психиатрической помощи и правах лиц с психическими расстройствами.
5. Система здравоохранения: понятие и правовые основы.
6. Государственное управление в области здравоохранения: понятие и основы организации.
7. Государственный контроль в области охраны здоровья граждан.
8. Правовое положение учреждений здравоохранения.
9. Основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации.
10. Права граждан в области охраны здоровья.
11. Понятие и правовое регулирование медицинской помощи.
12. Медицинские услуги: понятие и виды.
13. Права граждан при получении медицинской помощи.
14. Право пациента на информированное лечение.
15. Принудительные меры медицинского характера: понятие и значение.
16. Принципы и особенности оказания психиатрической помощи.
17. Диспансеризация лиц, страдающих психическими расстройствами.
18. Психиатрическое освидетельствование и судебно-психиатрическая экспертиза.
19. Права пациента в психиатрическом стационаре.
20. Врачебная этика; правовые последствия нарушения врачебной тайны.
21. Понятие и принципы биоэтики.

22. Этика медицинских исследований. Нюрнбергский кодекс.
23. Биоэтические и правовые вопросы трансплантации эмбриональных (фетальных) органов и тканей человека.
24. Эвтаназия — проблемы этики и права.
25. Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека.
26. Трансплантация и донорство: правовые аспекты.
27. Правовые аспекты суррогатного материнства.
28. Правовой статус ВИЧ-инфицированных граждан.
29. Правовой статус медицинских работников и врачей.
30. Правовая оценка врачебной ошибки.
31. Обжалование решений и действий (бездействий) врачей и органов здравоохранения, нарушающих права граждан.
32. Виды правонарушений и преступлений, связанные с профессиональной деятельностью медицинских работников.
33. Юридическая ответственность в здравоохранении.
34. Гражданско-правовая, административная и дисциплинарная ответственность медицинских учреждений и медицинских работников.
35. Ответственность за поставление в опасность заражения ВИЧ-инфекцией в контексте защиты прав человека.
36. Ответственность за незаконное производство аборт.
37. Возмещение вреда, причиненного здоровью ненадлежащим врачеванием и некачественными медицинскими препаратами.
38. Правовые аспекты медицинской профилактики.
39. Правовые основы санитарно-эпидемиологического надзора.
40. Государственно-правовое регулирование в сфере обращения лекарственных средств и фармацевтической деятельности.
41. Судебно-медицинская экспертиза: понятие и виды.
42. Финансирование здравоохранения: способы и порядок.
43. Медицинское страхование: понятие и виды.
44. Международное медицинское право.

# ПРОВЕРОЧНЫЙ ТЕСТ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»



## 1. Целью биоэтики является:

- а) сбалансировать права личности, групп, всего общества в условиях бурных изменений в медицине;
- б) предотвратить любые злоупотребления новыми медицинскими средствами;
- в) по возможности добиваться справедливости в использовании новых возможностей медицины;
- г) все перечисленное.

## 2. Принципы биоэтики — это:

- а) не навреди, делай благо, уважение автономии пациента, справедливость;
- б) правило правдивости, правило конфиденциальности, правило информированного согласия;
- в) все перечисленное.

## 3. Конституция Российской Федерации не закрепляет положения, что:

- а) каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- б) не допускается дискриминация, обусловленная наличием у граждан каких-либо заболеваний;
- в) перечисление в Конституции Российской Федерации основных прав и свобод не должно толковаться как отрицание или умаление других общепризнанных прав и свобод человека и гражданина.

## 4. Законодательство Российской Федерации в области охраны здоровья:

- а) позволяет гражданину непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья;

- б) запрещает предоставлять информацию пациенту о состоянии его здоровья в случаях неблагоприятного прогноза развития болезни.

**5. Для проведения медицинского вмешательства необходимо:**

- а) получить добровольное согласие пациента;
- б) решение суда;
- в) решение консилиума врачей.

**6. Оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей:**

- а) допускается в отношении несовершеннолетних;
- б) допускается в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, а также лиц, совершивших общественно опасное деяние;
- в) не допускается.

**7. Эвтаназия по законодательству Российской Федерации — это:**

- а) удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственного поддержания жизни;
- б) милосердное убийство;
- в) действие или бездействие, влекущее за собой наступление легкой смерти;
- г) вызывание у страдающего больного легкой смерти по осмысленному требованию больного с помощью различных медикаментозных и иных средств.

**8. В каком нормативном акте Российской Федерации содержится понятие эвтаназии?**

- а) Конституция Российской Федерации;
- б) Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- в) Уголовный кодекс Российской Федерации.

**9. Эвтаназия в Российской Федерации:**

- а) разрешена;
- б) запрещена.

**10. Проведение медицинских экспериментов, научных или иных опытов с участием людей в Российской Федерации:**

- а) запрещено;
- б) разрешено, но только при получении добровольного письменного согласия испытуемого или его законного представителя;
- в) разрешено, если результаты такого исследования могут быть использованы в интересах излечения данного пациента.

**11. Трансплантация органов и тканей человека в Российской Федерации основана на:**

- а) принципе «презумпции несогласия» на изъятие органов и тканей умерших людей;
- б) принципе «презумпции согласия» на изъятие органов и тканей умерших людей;
- в) нет правильного ответа.

**12. Найдите неверное утверждение:**

- а) донором при трансплантации органов или тканей может быть только дееспособный гражданин, достигший 18-летнего возраста;
- б) живой донор при трансплантации органов или тканей должен находиться с реципиентом в генетической связи;
- в) не допускается изъятие органов и тканей для трансплантации у лиц, находящихся в служебной или иной зависимости от реципиента;
- г) изъятие органов и тканей для трансплантации у живых доноров запрещено.

**13. В соответствии с законом «О донорстве крови и ее компонентов» кровь изымается у:**

- а) живого человека в возрасте от 18 до 60 лет;

- б) живого человека в возрасте от 18 до 50 лет;
- в) живого человека независимо от возраста.

**14. В соответствии с законом «О донорстве крови и ее компонентов» кровь изымается:**

- а) на основании добровольного устного согласия лица на взятие у него крови или ее компонентов;
- б) на основании добровольного письменного согласия лица на взятие у него крови или ее компонентов.

**15. Психиатрическая помощь гражданам в Российской Федерации оказывается в:**

- а) принудительном порядке;
- б) добровольном порядке.

**16. Дискриминация лиц, страдающих психическими расстройствами:**

- а) запрещена;
- б) 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 повышенной опасностью;
- в) верны оба варианта ответа.

**17. Уголовное наказание предусмотрено за:**

- а) незаконное помещение в психиатрический стационар;
- б) принудительное психиатрическое освидетельствование.

**18. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия не может быть произведено в случаях:**

- а) когда больной совершает действия, дающие основания предполагать у него тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих;

- б) когда больной совершает действия, дающие основания предполагать у него тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворить основные жизненные потребности;
- в) когда больной совершает действия, дающие основания предполагать у него тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи;
- г) когда больной совершает действия, дающие основания предполагать у него тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает его склонность к совершению общественно опасных действий.

**19. Право человека на уважение его достоинства и его прав вне зависимости от его генетических характеристик закреплено в:**

- а) Конституции Российской Федерации;
- б) Всеобщей декларации о геноме человека и о правах человека;
- в) Нюрнбергском кодексе.

**20. Медицинский патернализм — это:**

- а) такой подход к оказанию медицинской помощи, который предполагает, что врач может опираться лишь на свои собственные суждения о потребностях пациента в лечении, информировании, консультировании;
- б) такой подход к оказанию медицинской помощи, который предполагает только выбор, делаемый пациентом, как бы он ни расходился с позицией доктора и который должен определять дальнейшие действия последнего.

# СПИСОК НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

## Нормативные правовые акты

1. Всеобщая Декларация прав человека. Принята Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г. — М., 1999.
2. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины // Российский бюллетень по правам человека. Вып. 10.
3. Дополнительный Протокол к Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины относительно запрещения клонирования людей // СПС «Гарант».
4. Всеобщая Декларация о геноме человека и правах человека // UNICEF. 1997.
5. Конвенция о правах ребенка // UNICEF Детский Фонд ООН, 1990.
6. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. — М., 2012.
7. Семейный кодекс Российской Федерации. — М. : Юрайт, 2012.
8. Уголовный кодекс Российской Федерации. — М. : Кодекс, 2012.
9. Кодекс РФ об административных правонарушениях. — М., 2012
10. О трансплантации органов и (или) тканей человека: федер. закон от 22.12.1992 г. № 4180-1. (с посл. изм. и доп.) // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации (далее — Ведомости РФ). 1993. № 2. Ст. 62.
11. О донорстве крови и ее компонентов: федер. закон от 9.06.1993 г. № 5142-1 (с посл. изм. и доп.) // Ведомости РФ. 1993. № 28. Ст. 1064.
12. Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации: Федер. закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ // СЗ РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.
13. О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности: федер. закон от 05.07.1996 г. № 86-ФЗ // СЗ РФ. 1996. № 28. Ст. 3348.
14. О временном запрете на клонирование человека: федер. закон от 20.05.2002 г. № 54-ФЗ // СЗ РФ. 2002. № 21. Ст. 1917.

15. О защите прав потребителей: Закон Российской Федерации от 07.02.1992 г. (в ред. от 9.01.1996 г. № 2-ФЗ, с посл. изм. и доп.) // СЗ РФ. 2000. № 3. Ст. 140.

16. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федер. закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (с посл. изм. и доп.) // СЗ РФ. 2010 г. № 49.

17. О лицензировании отдельных видов деятельности: федер. закон от 25.09.1998 г. №158-ФЗ // СЗ РФ. 1998. № 39. Ст. 4857.

18. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: Закон Российской Федерации от 02.07.1992 г. (с посл. изм. и доп.) // Российская газета. 1998. 29 июля.

19. О трансплантации органов и (или) тканей человека : Закон Российской Федерации от 22.10.1992 г. № 4180-1 // Ведомости РФ. 1993. № 2.

20. О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции): федер. закон от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ (с посл. изм. и доп.) // СЗ РФ. 1995. № 14.

21. О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации: федер. закон от 31.05.2001 г. № 73-ФЗ // Российская газета. 2001. 5 июня.

22. Об обращении лекарственных средств: федер. закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ (в ред. от 3.10.01.2003 г. № 5-129) // СЗ РФ. 2010. №15.

23. Указ Президента РФ от 7.12.2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» // Российская газета. 2012. 12 мая.

24. О федеральной целевой программе «Медицина высоких технологий: Постановление Правительства Российской Федерации от 25.11.1998 г. №1391 // Российская газета. 1998. 8 декабря.

25. О применении вспомогательных репродуктивных технологий в терапии женского и мужского бесплодия: Приказ Минздрава Российской Федерации от 26.02.2003 г. № 67 // Российская газета. 2003. 6 мая.

26. «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра. Приказ Министерства Минздрава Российской Федерации от 26.11.2012 г.

27. О судебной практике по делам о возмещении вреда, причиненного повреждением здоровья: Постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28.04.1994 г. // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 1994. № 6.

## Учебники, монографии

1. *Абдалова Р.М.* Правовые вопросы искусственного зачатия детей / Р.М. Абдалова. — М. : ИНИОН АН СССР, 1989.
2. *Анисина М.Б.* Если вам нужен ребенок / М.Б. Анисина, В.М. Здановский. — М. : Информполиграф, 1995.
- ✓ 3. *Анощенкова С.* Согласие лица на причинение ему вреда в применение к ст. 122 УК Российской Федерации / С. Анощенкова // Уголовное право. 2005. № 5.
4. *Афанасьева Е.Г.* У истоков человеческой жизни / Е.Г. Афанасьева. — М.: ИНИОН РАН, 1994. — 210 с.
5. *Балашов Н.* Искусственное оплодотворение: что думают православные / Н. Балашов // Человек. 1995. № 3. С. 77–81.
6. *Балашов, Н.* Русская православная церковь и проблемы биоэтики / Н. Балашов // Медицинское право и этика. 2000. № 2. С. 39–43.
7. *Баринев Е.Х., Ромодановский П.О.* Проблемы судебно-медицинских экспертиз, проводимых в рамках гражданского процесса // Медицинское право. 2011. № 6.
8. *Бахтиарова В.О.* Искусственные дети / В.О. Бахтиарова // Человек. 1995. № 4.
9. *Биомедицинская этика* / под ред. В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина. — М. : Медицина, 2002. — Вып. 3. — 240 с.
10. *Биоэтика: принципы, правила, проблемы* / под ред. Б.Г. Юдина. — М.: Эдиторал-УРСС, 1998. — 472 с.
11. *Биоэтика: проблемы, трудности и перспективы* // Вопросы философии. 1992. № 10. С. 3–29.
12. *Брусиловский А.И.* Жизнь до рождения / А.И. Брусиловский. — М.: Знание, 1991.
13. *Бюхнер, Ф.* Человек под углом современной медицины / Ф. Бюхнер. — М.: Медицина, 1985. — 75 с.
14. *Васин В.* Права человека и призрак евгеники / В. Васин // Законность. 1999. № 10. С. 30–38.
15. *Волож З.Л.* Право на кровь / З.Л. Волож // Советская юстиция. 1978. № 7.
16. *Воронина З.И.* Реализация прав ребенка на идентифицирующую информацию при применении вспомогательных репродуктивных технологий / З.И. Воронина // Российский юридический журнал. 2008. № 1. С. 63–68.

17. Григорович Е.В. Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона человека : дис. ... канд. юрид. наук / Е.В. Григорович. — М., 1999. — 171 с.
18. Григорович Е.В. Проблемы правового регулирования защиты человеческого эмбриона / Е.В. Григорович // Юрист. 1999. № 11. С. 59—60.
19. Гув А. Уголовная ответственность медицинских работников за причинение смерти по неосторожности / А. Гув // Врач. 1998. № 3. С. 40—41.
20. Дети из пробирки: этика и практика биомедицины // Наука и религия. 1988. № 3. С. 20—21.
21. Диагностика и лечение бесплодного брака / под ред. Т.Я. Пшеничниковой. — М. : ВНИЦ по здоровью матери и ребенка, 1991. — 240 с.
22. Додонова С. Группа риска — вся страна / С. Додонова // Российская Федерация сегодня. 2005. № 4.
23. Дргонец Я. Современная медицина и право / Я. Дргонец, П. Холлендер. — М.: Юридическая литература. 1991. — 336 с.
24. Дубровина Н. Рожденные *in vitro* / Н. Дубровина // Человек. 1995. № 3.
25. Евсеев С.В. Медико-правовые аспекты оценки качества медицинской помощи: сравнение отечественной и зарубежной практики / С.В. Евсеев // Медицинское право. 2006. № 1 (13). С. 39—43.
26. Ендольцева А.В. Освобождение от уголовной ответственности в случае, предусмотренном законодателем в примечании к ст. 122 УК Российской Федерации / А.В. Ендольцева // Российский следователь. 2004. № 4.
27. Залозный А.В. Согласие потерпевшего как проявление диспозитивности в уголовном праве / А.В. Залозный // Юридический аналитический журнал. 2006. № 3—4 (17—18).
28. Зедайн О. Сотворение жизни / О. Зедайн // Здоровье. 2000. № 3. С. 48—52.
29. Иванов В.И. Этико-правовые аспекты проекта «Геном человека» / В.И. Иванов. — М.: РНКБ РАН, 1998. — 256 с.
30. Иванюшкина В. Рожденные *in vitro* / В. Иванюшкина // Человек. 1995. № 3.
31. Иващенко И. Подари мне сына или дочку / И. Иващенко // Смена. 1998. № 10. С. 30—37.
32. Канунникова Л.В. О правовых проблемах врачебной (медицинской) ошибки / Л.В. Канунникова, Я.А. Фролов, Е.В. Фролова // Медицинское право. 2003. № 2 (2). С. 22—23.

33. *Козак В.С.* Врачебные правонарушения и неумышленная вина врача / В.С. Козак // Медицинское право и этика. 2003. № 4. С. 11–12.
34. *Кондакова Н.В.* Понятие качества медицинской помощи / Н.В. Кондакова // Качество медицинской помощи. 2000. № 1. С. 3–4.
35. *Крылова Н.Е.* Некоторые вопросы уголовной ответственности медицинского работника за заражение ВИЧ-инфекцией / Н.Е. Крылова // Медицинское право. 2004. № 3 (7). С. 36–39.
36. *Квернадзе Р.А.* Некоторые аспекты становления и развития законодательства в области здравоохранения / Р.А. Квернадзе // Государство и право. 2001. № 8. С. 99–104.
37. *Ковалев М.И.* Генетика человека и его права / М.И. Ковалев // Государство и право. 1994. № 1. С. 12–22.
38. *Курило Л.Ф.* Репродуктивные технологии и технологии получения эмбрионов человека / Л.Ф. Курило // Человек. 1995. № 4. С. 112–119.
39. *Лалаянц И.* Дети из пробирки / И. Лалаянц // Семья и школа. 1987. № 7.
40. *Леонов Б.В.* Одиночество вдвоем / Б.В. Леонов. — М.: Сов. Россия. 1991.
41. *Летов О.В.* Современные проблемы медицинской этики / О.В. Летов. — М.: ИНФРА-М, 1998.
42. *Линик Л.Н.* Конституционное право граждан Российской Федерации на жизнь : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Л.Н. Линик. — М., 1993. — 26 с.
43. *Лобанова Л.В.* Уголовно-правовое значение возможного заражения ВИЧ-инфекцией / Л.В. Лобанова, Р.Г. Каменев // Российская юстиция. 2008. № 3.
44. *Малеина М.Н.* О праве на жизнь / М.Н. Малеина // Советское государство и право, 1992. № 2. С. 50 — 59.
45. *Малеина М.Н.* Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. — М.: БЕК, 1995. — 272 с.
46. *Масалимова А.Р.* Природа правоотношений по оказанию медицинских услуг / А.Р. Масалимова // Российский юридический журнал. 2007. № 3.
47. *Медицина и права человека.* — М.: Прогресс-Интер, 1992. — 214 с.
48. *Мискарян Е.Г.* О правовом регулировании и применении искусственного оплодотворения / Е.Г. Мискарян. — М.: Юридическая литература, 1980.

49. *Мохов А.А.* К вопросу о квалификации обязательств из причинения вреда здоровью или жизни гражданина (пациента) / А.А. Мохов // Медицинское право. 2005. № 1 (9). С. 32–33.

50. *Мохов А.А.* «Врачебная ошибка» как актуальная проблема судебной практики / А.А. Мохов, И.Н. Мохова // Медицинское право. 2004. № 2 (6).

51. *Мыльникова И.С.* Врачебная ошибка и перспективы судебной практики по искам пациентов к врачам / И.С. Мыльникова // Главный врач. 1996. № 4.

52. *Никитин А.Н.* Искусственная репродукция: теория и практика / А.Н. Никитин // Проблемы репродукции. 1997. № 3. С. 20–35.

53. *Никитин А.Н.* Методы вспомогательной репродукции / А.Н. Никитин // Проблемы репродукции. 1995. № 1. С. 68–75.

54. *Новотны П.П.* Что делать при бесплодии / П.П. Новотны. — М.: Крон-Пресс, 1995. — 144 с.

55. Пол, секс, человек / под ред. С.Г. Васецкого. — М.: Мир, 1993.

56. *Покровский В.В.* ВИЧ-инфекция в России: прогноз / В.В. Покровский // Вопросы вирусологии. 2007. № 3.

57. *Панов А.В.* О компенсации морального вреда / А.В. Панов // Здравоохранение. 2003. № 9.

58. *Пашинян Г.А.* Экспертиза профессиональных ошибок медицинских работников в гражданском судопроизводстве / Г.А. Пашинян, В.В. Жаров, В.В. Зайцев // Медицинское право. 2004. № 1 (5). С. 37–41.

59. О частном здравоохранении: проект федерального закона; разработан по инициативе Комитета рабочей группой под руководством депутатов Государственной Думы Г.Р. Аскерханова и др.; от исполнительных и законодательных органов субъектов Российской Федерации И.М. Акулин и др. // Текст проекта официально не опубликован.

60. *Панкратов В.В.* Добровольное согласие на заражение ВИЧ-инфекцией / В.В. Панкратов // Журнал российского права. 2005. № 5. С. 45.

61. Проект Протокола о биомедицинских исследованиях // Медицинское право и этика. 2001. № 3. С. 32–44.

62. О правовых основах биоэтики и гарантиях ее обеспечения: Проект ФЗ // Бюллетень по правам человека. 1998. № 10.

63. *Риффель А.В.* Социальная медицина и медицинское право: избранные лекции: учебник. — М.: «Академия естествознания», 2008.

64. *Романовский Г.* Генетическая гигиена / Г. Романовский // Законность. 2001. № 7. С. 34–37.

65. Романовский Г. Право на искусственное оплодотворение и экология размножения / Г. Романовский // Законность. 2003. № 7. С. 30–34.
66. Романовский Г.Б. Понятие первичной медико-санитарной помощи // Медицинское право. 2011. № 6.
67. Рыков, В.А. Медицинское право: справочник в вопросах и ответах / В.А. Рыков. — Ростов н/Д.: Феникс, 2002.
68. Рыков В.А. Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты / В.А. Рыков // Медицинское право. 2005. № 1. С. 45.
69. Сабанов В.И. Лекции по истории мировой медицины / В.И. Сабанов // Волгоград: Знание, 1996. — 108 с.
70. Селезнев М. Правовые аспекты генетической гигиены / М. Селезнев // Законность. 1999. № 4. С. 39–43.
71. Сергеев А.И. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в системе основных личных и социально-экономических прав человека и гражданина в России / А.И. Сергеев // «Черные дыры» в российском законодательстве. 2007. № 4. С. 29–31.
72. Сергеев Ю.Д. Об экспертной и правовой оценке гражданских дел в случаях ненадлежащего врачевания / Ю.Д. Сергеев // Медицинское право. 2005. № 2 (10). С. 31–34.
73. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы / И.В. Силуянова. — М.: Грантъ, 2001. — 192 с.
74. Стеценко С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения / С.Г. Стеценко. — М.: Международный университет, 2002. — 249 с.
75. Степанов Е.М. Что такое врачебная ошибка / Е.М. Степанов // Терапевтический архив. 2004. № 11. С. 35–38.
76. Судебная медицина. Общая и особенная части: учебник / С.Ф. Шадрин, С.И. Гирько, В.Н. Николаев и др. — М.: Эксмо, 2005.
77. Сучкова Т.Е. О юридической ответственности медицинских работников муниципального здравоохранения // Медицинское право. 2011. № 6.
78. Угрюмов М. Клиническая нейротрансплантация и «русское чудо»: доклад / М. Угрюмов // Наука. 1999. № 18. С. 10–12.
79. Харрис Дж. Стволовые клетки и воспроизводство / Дж. Харрис // Человек. 2003. № 5. С. 123–139.
80. Филиппов А.Г. Опыт социологического подхода к профилактике ВИЧ-инфекции. На примере Волгоградской области / А.Г. Филиппов // Закон и право. 2007. № 2.

81. *Шевчук С.С.* Некоторые проблемы правового регулирования применения искусственных методов оплодотворения / С.С. Шевчук // Юрист. 2002. № 9.

✓ 82. *Широков К.С.* Согласие лица на причинение вреда его здоровью при трансплантации органов или тканей: условия правомерности / К.С. Широков // Правоведение. 2008. № 1. С. 86–92.

✓ 83. *Шкляев У.В.* Уголовно-правовая ответственность за причинение вреда здоровью при оказании медицинской помощи / У.В. Шкляев, В.Н. Савельев // Венеролог. 2004. № 1. С. 68–70.

84. *Эльштейн Н.В.* Современный взгляд на врачебные ошибки / Н.В. Эльштейн // Терапевтический архив. 2005. № 8. С. 88–92.

85. *Эрделевский А.М.* Компенсация морального вреда, причиненного членам семьи умершего / А.М. Эрделевский // Медицинское право и этика. 2001. № 3. С. 26–27.

86. Юридический анализ профессиональных ошибок медицинских работников / В.В. Сергеев и др. — Самара: типография «Сокол-Т», 2000.

# СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	3
Тема 1. Понятие и система медицинского права .....	5
Тема 2. Законодательство о здравоохранении и медицине .....	12
Тема 3. Здравоохранение и государство .....	25
Тема 4. Правовое регулирование здравоохранения и медицинской помощи .....	54
Тема 5. Права граждан в области охраны здоровья .....	93
Тема 6. Права и обязанности медицинских работников .....	113
Тема 7. Принципы биоэтики .....	118
Тема 8. Правовые основы медицинской профилактики .....	134
Тема 9. Правовые основы медицинской деятельности по трансплантации органов и (или) тканей человека .....	140
Тема 10. Законодательство в сфере искусственного прерывания беременности .....	148
Заключение .....	153
Семинарские занятия .....	154
Вопросы к экзамену (зачету) по курсу «Медицинское право» .....	158
Проверочный тест по дисциплине «Медицинское право» .....	160
Список нормативных и правовых актов и литературы .....	165

Учебное издание

**Воробьева Людмила Васильевна**

**МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО**  
**Краткий курс лекций**

Ответственный  
за выпуск  
Технический  
редактор  
Верстка:

*Кузнецов В.*

*Логвинова Г.*

*Патулова А.*

Сдано в набор 30.05.2013. Подписано в печать 27.06.2013 г.

Формат 84 x 108  $\frac{1}{32}$ . Бумага типографская.

Тираж 2 500. Заказ № 441.

ООО «Феникс»

344082, г. Ростов-на-Дону, пер. Халтуринский, 80.

Тел. (863) 261-89-59, тел./факс 261-89-50

Сайт издательства: [www.phoenixrostov.ru](http://www.phoenixrostov.ru)

Интернет-магазин: [www.phoenixbooks.ru](http://www.phoenixbooks.ru)

Отпечатано с готовых диапозитивов в ЗАО «Книга».

344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Советская, 57.

Качество печати соответствует предоставленным диапозитивам.