

Министерство образования и науки Российской Федерации
Ярославский государственный университет им. П. Г. Демидова
Кафедра уголовного процесса и криминалистики

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

Учебно-методическое пособие

Ярославль
ЯрГУ
2018

УДК 349(075)
ББК Х621.154я73
М42

Рекомендовано
Редакционно-издательским советом университета
в качестве учебного издания. План 2018 года

Рецензент
кафедра уголовного процесса и криминалистики
ЯрГУ им. П. Г. Демидова

Составитель
Р. Ю. Смирнов

Медицинское право : учебно-методическое пособие
М42 / сост. Р. Ю. Смирнов ; Яросл. гос. ун-т им. П. Г. Демидова.
— Ярославль : ЯрГУ, 2018. — 52 с.

В пособии разъяснена существующая система норм, регламентирующих общественные отношения в сфере здравоохранения, что способствует их правильной и унифицированной трактовке.

Предназначено для студентов, изучающих дисциплину «Медицинское право».

УДК 349(075)
ББК Х621.154я73

© ЯрГУ, 2018

1. Принципы и задачи охраны здоровья граждан

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

К основным принципам охраны здоровья граждан можно отнести следующие.

1. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий, что означает:

а) мероприятия по охране здоровья граждан должны проводиться с соблюдением общепризнанных прав и свобод человека и гражданина;

б) проведение мероприятий по охране здоровья не должно носить бесчеловечный характер или унижать честь и достоинство граждан;

в) никто не может быть подвергнут дискриминации по причине заболевания или иного состояния здоровья;

г) государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

2. Приоритет интересов пациента и охраны здоровья детей при оказании медицинской помощи. Дети, независимо от их семейного и социального благополучия, подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи. Государство признает охрану здоровья детей как

одно из важнейших и необходимых условий их физического и психического развития.

Органы государственной власти РФ, органы государственной власти субъектов Федерации 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; создают и развивают медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детям, в том числе детям-инвалидам, предоставляют возможность пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи при прохождении лечения в стационаре.

3. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи. Этот принцип означает, что медицинская организация независимо от организационно-правовой формы либо медицинский работник, находящийся при исполнении трудовых обязанностей, не вправе без уважительных причин отказать в оказании бесплатной помощи человеку для устранения угрожающего его жизни состояния здоровья или угрозы обществу в случае распространения особо опасных инфекционных болезней.

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

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

6. *Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.* Данный принцип предполагает разработку и реализацию программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедическим потреблением наркотических средств и психотропных веществ; осуществление санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний; проведение профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством РФ.

7. *Соблюдение врачебной тайны.* Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

8. *Доступность и качество медицинской помощи.* Этот принцип означает свободный доступ к услугам в сфере охраны здоровья граждан вне зависимости от географических, экономических, социальных, организационных или языковых барьеров, а также своевременное оказание медицинской помощи. Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

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

Доступность медицинской помощи законодательно обеспечивается и гл. 10 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которая посвящена программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Она обеспечивается путем утверждения и реализации единого порядка оказания медицинской помощи и стандартов, а также территориального планирования, размещения медицинских органи-

заций и иных объектов инфраструктуры охраны здоровья граждан.

Задачи законодательства об охране здоровья граждан:

1) определение ответственности и компетенции Российской Федерации, субъектов Федерации, а также органов местного самоуправления по вопросам охраны здоровья граждан;

2) правовое регулирование деятельности учреждений, предприятий и организаций в области охраны здоровья граждан, а также государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

3) определение прав граждан и отдельных групп населения в области охраны здоровья, установление гарантий их соблюдения;

4) определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских работников, установление гарантии их социальной защиты.

2. Организация системы здравоохранения в Российской Федерации

В настоящее время различают три системы здравоохранения: государственную, муниципальную и частную. Они обусловлены политическими и социально-экономическими факторами. Первостепенное значение имеют ресурсы, средства обеспечения здравоохранения и их источники. В сложившейся у нас в стране ситуации это государственный бюджет, страховые фонды, общественные и частные ассигнования. Однако, учитывая средства обеспечения здравоохранения в настоящее время в Российской Федерации, следует иметь в виду преимущественно государственную систему, в отличие от преимущественно страховой в странах Западной Европы или преимущественно частной в США. Надо отметить, что нет стран, где была бы только одна система здравоохранения, чаще она смешанная.

Государственная система, включающая органы управления здравоохранением, претерпела значительные изменения в связи с проведением реформы органов исполнительной власти.

Минздрав России осуществляет координацию и контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), Федерального

медико-биологического агентства (ФМБЛ), координацию деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В структуру центрального аппарата Минздрава России входят министр, его заместители, помощники и советники, департаменты:

- организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела;
- медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении;
- лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий;
- науки, инновационного развития и управления медико-биологическими рисками;
- общественного здоровья и коммуникаций;
- организации экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности;
- государственного регулирования обращения лекарственных средств;
- мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения;
- медицинской помощи детям и службы родовспоможения;
- международного сотрудничества и связей с общественностью;
- информационных технологий и связи;
- инфраструктурного развития и государственно-частного партнерства;
- финансово-экономический;
- управления делами и кадров;
- учетной политики и контроля;
- правовой.

В систему здравоохранения входят министерства здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органы управления здравоохранением краев, областей, автономной области, автономных округов, городов федерального значения Москвы, Санкт-Петербурга и Севастополя.

К государственной системе здравоохранения относятся центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах РФ, лечебно-профилактические, научно-исследовательские,

аптечные, санитарно-профилактические и образовательные учреждения и организации, учреждения судебно-медицинской экспертизы и предприятия по производству медицинской техники и препаратов, фармацевтические предприятия, а также РАМН.

Государственная система здравоохранения включает также лечебно-профилактические учреждения, организации и предприятия других ведомств, которые не подчиняются Минздраву России.

Муниципальная система здравоохранения находится в муниципальной собственности и включает муниципальные ЛПУ, ПИИ, фармацевтические предприятия и аптеки, учреждения судебно-медицинской экспертизы. Муниципальные органы управления здравоохранением осуществляют контроль за качеством медико-социальной помощи. В ст. 12 Конституции РФ определена роль органов местного самоуправления, которые не входят в систему органов государственной власти, что является основой функционирования муниципальной системы здравоохранения. Они несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение объема медицинской помощи, осуществляют контроль за ее качеством и за государственными муниципальными учреждениями, предприятиями, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой. Финансирование организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет бюджетов всех уровней, целевых фондов и иных источников.

Частная система здравоохранения получает все большее развитие и создает возможность конкурирования в качестве медицинского обслуживания с государственной. Она стала легальной и занимает в среднем 40 % услуг в некоторых отраслях медицинской деятельности и больше половины — в стоматологии и венерологии. К частной системе здравоохранения относятся: ЛПУ и аптечные учреждения; научно-исследовательские и образовательные учреждения, имущество которых находится в частной собственности; юридические лица, создаваемые и финансируемые общественными объединениями, физическими лицами, хозяйственными обществами и учреждениями; граждане, занимающиеся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью. Их деятельность осуществляется в соответ-

ствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и другими федеральными законами.

Отраслевая структура здравоохранения. Независимо от систем в здравоохранении различают следующие его отрасли:

1) лечебно-профилактическая (больницы, поликлиники, диспансеры и пр.);

2) охраны здоровья женщин, матерей и детей;

3) санитарно-противоэпидемическая;

4) фармацевтическая;

5) образовательная;

6) санаторно-курортная;

7) судебно-медицинская и судебно-психиатрическая;

8) медицинского страхования.

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

На государственном уровне успешно функционируют ассоциации врачей России, Межрегиональная ассоциация медицинских сестер, Общество прав потребителей, Профсоюз работников здравоохранения, Российское общество Красного Креста, религиозные организации. Существуют общественные объединения и в субъектах РФ: корпоративные объединения медицинских работников (врачей и медицинских сестер), призванные реально участвовать в управлении здравоохранением. Это медицинские ассоциации и общества, объединяющие медицинских работников по специальностям.

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

3. Медицинское страхование

3.1 Обязательное медицинское страхование (ОМС)

Обязательное медицинское страхование — это вид обязательного медицинского страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных при наступлении страхового случая на гарантию бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС. Оно введено в России с 1 января 1993 г., является частью государственного социального страхования и не включает лекарственное обеспечение, как это практикуется в европейских странах. ОМС имеет два сектора: бюджетный и страховой.

Страховой случай — свершившееся событие (заболевание, травма, профилактическое мероприятие), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС.

Страховое обеспечение — это исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по его оплате медицинской организации.

Субъектами ОМС являются:

- застрахованные лица;
- страхователи;
- ФФ ОМС.

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

Страхователями для работающих граждан являются лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам (организации, индивидуальные предприниматели, физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями), а также индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой, нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие.

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов РФ, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ,

иные организации, определенные правительством РФ. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Участниками ОМС являются:

- территориальные фонды ОМС;
- страховые медицинские организации;
- медицинские организации.

В Российской Федерации созданы 86 территориальных фондов ОМС с многочисленными филиалами.

В России существуют:

а) базовая программа ОМС — часть государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

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

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

Застрахованные лица в системе медицинского страхования имеют право:

- на бесплатное оказание им медицинской помощи при наступлении страхового случая на всей территории РФ в объеме, установленном базовой программой ОМС, на территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой ОМС;

- выбор страховой медицинской организации;

- замену страховой медицинской организации один раз в течение календарного года;

- выбор медицинской организации и врача в соответствии с договором;

- получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;

- защиту персональных данных;
- возмещение страховой медицинской организацией, медицинской организацией ущерба, причиненного по их вине;
- защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

Застрахованные лица обязаны:

- предъявить полис ОМС при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной помощи;
- при изменении своего имени и местожительства уведомить об этом страховую организацию в течение месяца;
- подать в страховую организацию заявление о выборе страховой организации.

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

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

Лица, не являющиеся гражданами РФ, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане России. Медицинское страхование иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации, не отличается от медицинского страхования российских граждан.

Медицинскую помощь в системе медицинского страхования оказывают медицинские учреждения любой формы собственности, строя свою деятельность на основе договора без ущерба для программ ОМС. Они имеют право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность застрахованных лиц.

В каждом регионе модель ОМС имеет особенности, причем

во многих она превращается в основной источник финансирования здравоохранения.

Бюджет и фонды ОМС. В рамках медицинского страхования создаются самостоятельные фонды здравоохранения и фонды медицинского страхования.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования является одним из государственных внебюджетных фондов.

К доходам бюджета ФФОМС, в частности, относятся: страховые взносы на ОМС; средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет ФФОМС в установленных федеральными законами случаях; доходы от размещения временно свободных средств; иные источники, предусмотренные законодательством РФ.

Территориальные фонды создаются субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов РФ. Они осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ ОМС в пределах базовой программы ОМС, а также полномочия страховщика в части установленных территориальными программами ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС. Органом управления территориального фонда ОМС является правление, утверждаемое законодательной властью субъекта РФ.

К доходам бюджетов территориальных фондов, в частности, относятся: субвенции из бюджета ФФОМС; межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета ФФОМС и из бюджета субъекта РФ в соответствии с законодательством РФ; платежи субъектов РФ на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС и на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС; доходы от размещения временно свободных средств; иные источники, предусмотренные законодательством РФ.

Оплата страховыми организациями производится не позднее месяца с момента представления документа об оплате. По методу возмещения расходов различают способ оплаты медицинской помощи

по фактическим затратам (ретроспективный) и планируемым затратам (предварительный), когда оплачиваются средние планируемые расходы на лечение в случае болезни. При ретроспективном способе затраты также рассчитываются заранее, но с учетом конкретно затраченной суммы средств.

За необоснованный отказ от заключения договора о медицинском страховании страховая организация может быть лишена лицензии. Страховая организация может в ряде случаев не оплачивать медицинскому учреждению стоимость услуг, оказанных застрахованному гражданину. Это имеет место при наличии вины последнего в наступлении страхового случая. Например, травма им получена в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, в связи с совершением преступления, покушением на самоубийство или умышленным самоповреждением.

3.2. Добровольное медицинское страхование (ДМС)

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

По договору добровольного медицинского страхования страховщик обязуется заключить договор с медицинским учреждением при заболевании или травме и определить оказываемые страхователю услуги, а страхователь обязуется уплатить страховые взносы в установленное время. Страхователь свободно выбирает страховую медицинскую организацию, которая не имеет права отказать страхователю в заключении договора. Страховой медицинской организацией выступает юридическое лицо, имеющее соответствующую государственную лицензию. Она выдает застрахованному медицинский полис, в котором указывается срок действия договора. Страховая организация не входит в систему здравоохранения, не оказывает медицинские услуги, а лишь является посредником между гражда-

нином и медицинским учреждением. В этом отношении она имеет право контролировать объем, срок и качество предоставленной медицинской помощи. В случае некачественного оказания медицинской услуги страховая медицинская организация оплачивает штраф, размер которого устанавливается договором.

4. Медицинская экспертиза

Экспертиза — это исследование специалистом объектов с целью разрешения вопросов, требующих специальных знаний в этой области, с вынесением заключения.

Медицинской экспертизой является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

Виды медицинской экспертизы, их назначение. Законодательно предусмотрены следующие виды *несудебной* медицинской экспертизы:

- 1) экспертиза временной нетрудоспособности;
- 2) медико-социальная экспертиза;
- 3) военно-врачебная экспертиза;
- 4) экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией;
- 5) экспертиза качества медицинской помощи.

Существуют два вида *судебной* медицинской экспертизы:

- 1) судебно-медицинская,
- 2) судебно-психиатрическая.

Экспертиза временной нетрудоспособности. Это вид медицинской экспертизы, основной целью которой является оценка состояния здоровья пациента, качества и эффективности проводимого обследования и лечения, установление возможности осуществлять профессиональную деятельность, а также определение степени и сроков временной утраты трудоспособности.

Установлено пять уровней экспертизы временной нетрудоспособности:

- 1) лечащий врач;
- 2) клинико-экспертная комиссия ЛПУ;
- 3) клинико-экспертная комиссия органа управления здравоохранением территории, входящей в субъект РФ;
- 4) клинико-экспертная комиссия органа управления здравоохранением субъекта РФ;
- 5) главный специалист по экспертизе временной нетрудоспособности Минздрава России.

Временную нетрудоспособность удостоверяют листок нетрудоспособности или справки установленной формы. Это документы, выдаваемые при заболевании и травмах, при необходимости ухода за больным членом семьи, а также при отпуске по беременности и родам, протезировании в условиях стационара, подтверждают временное освобождение от работы и позволяют назначить денежное пособие.

Право на выдачу листка нетрудоспособности имеют врачи государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения на основании лицензии на проведение экспертизы временной нетрудоспособности. Врачи, занимающиеся частной практикой, могут выдавать листок нетрудоспособности при получении свидетельства об окончании курса повышения квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности.

Лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается и продлевается по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации.

Фельдшер или зубной врач выдает и продлевает листок нетрудоспособности на срок до 10 календарных дней включительно.

Врачи, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, при сроке временной нетрудоспособности, превышающем 15 календарных дней, направляют гражданина на врачебную комис-

сию в медицинскую организацию по месту его прикрепления или регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания) для продления листка нетрудоспособности.

Не имеют права на выдачу листков нетрудоспособности медицинские работники станций скорой медицинской помощи и переливания крови, учреждений судебно-медицинской экспертизы, бальнеологических и грязелечебниц, домов отдыха, туристических баз, учреждений санитарно-эпидемиологического надзора.

В случае, когда травма или заболевание явились следствием алкогольного или наркотического опьянения, листок выдается с отметкой в медицинских документах о факте опьянения.

С 2014 г. в нескольких регионах России проходит обкатку проект «Электронный листок нетрудоспособности». Переход на электронный формат позволит врачам тратить во много раз меньше времени на оформление листа нетрудоспособности, такой документ пациент не потеряет, страховые компании могут легко проследить своевременную выплату больничных.

Медико-социальная экспертиза (МСЭ). Медико-социальная экспертиза проводится с целью определения потребностей лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза осуществляется федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, входящими в систему (структуру) органов социальной защиты населения РФ (Минтруд России). К федеральным государственным учреждениям МСЭ относятся Федеральное бюро МСЭ, главные бюро МСЭ по соответствующему субъекту РФ, имеющие филиалы — бюро МСЭ в городах и районах.

На государственную службу МСЭ возлагаются:

- 1) установление инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- 2) разработка индивидуальных программ реабилитации, абилитации инвалидов;
- 3) изучение уровня и причин инвалидности населения;

4) участие в разработке комплексных программ реабилитации, абилитации инвалидов, профилактики инвалидности и социальной защиты инвалидов;

5) определение степени утраты профессиональной трудоспособности;

6) определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством РФ предусматривается предоставление мер социальной поддержки семье умершего;

7) выдача заключения о нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре).

Гражданин направляется на МСЭ медицинской организацией, органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, либо органом социальной защиты населения. В случае если указанные организации отказали гражданину в направлении на МСЭ, ему выдается справка, на основании которой гражданин (его законный представитель) имеет право обратиться в бюро самостоятельно.

Медико-социальная экспертиза проводится для установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина и его реабилитационного потенциала. Классификации, используемые при осуществлении МСЭ, определяют основные виды стойких расстройств функций организма человека и четыре степени их выраженности, а также основные категории жизнедеятельности человека и три степени выраженности ограничений этих категорий. Критерии, используемые при осуществлении МСЭ, определяют основания установления групп инвалидности.

Военно-врачебная экспертиза. Этот вид медицинской экспертизы предназначен:

1) для определения годности по состоянию здоровья к военной службе граждан, подлежащих призыву или поступающих на военную службу по контракту;

2) установления причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний с прохождением военной службы или военными сборами;

3) определения видов, объемов, сроков осуществления медико-социальной помощи военнослужащим и их реабилитации.

По результатам освидетельствования граждан при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу дается заключение о годности к военной службе по следующим категориям:

- А — годен к военной службе;
- Б — годен к военной службе с незначительными ограничениями;
- В — ограниченно годен к военной службе;
- Г — временно не годен к военной службе;
- Д — не годен к военной службе.

Заключения военно-врачебной экспертизы являются обязательными для исполнения должностными лицами на территории РФ.

При несогласии граждан с заключением военно-врачебной экспертизы по их заявлению проводится независимая военно-врачебная экспертиза. Заключение учреждения, производившего военно-врачебную экспертизу, может быть также обжаловано в суде.

Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией.

Экспертиза профессиональной пригодности работника производится в целях определения соответствия состояния здоровья работника возможности выполнения им отдельных видов работ. Она проводится врачебной комиссией медицинской организации по результатам предварительных и периодических медицинских осмотров работников. Порядок проведения этой экспертизы и вынесения заключения о пригодности к осуществлению отдельных видов профессиональной деятельности устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Экспертиза связи заболевания с профессией производится специализированной медицинской организацией или специализированным структурным подразделением в области профессиональной патологии при выявлении профессионального заболевания. По ее результатам выносится специальное заключение о наличии или об отсутствии профессионального заболевания, т. е. она имеет целью установление причинно-следственной связи заболевания с профессиональной деятельностью. При возникновении заболевания, связанного с производством, заключение экспертизы будет служить основанием

для получения работником установленных социальных гарантий.

Экспертиза качества медицинской помощи. Эта экспертиза проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Результаты экспертизы качества используются для решения вопросов, связанных с профессиональными нарушениями при оказании медицинской помощи. Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

Экспертизу качества медицинской помощи (КМП), оказываемой в рамках программ ОМС, проводит эксперт КМП, включенный в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи, по поручению территориального фонда ОМС или страховой медицинской организации. Это врач-специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

Основной задачей эксперта КМП является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи в ОМС.

Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой вне рамок ОМС, осуществляется в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Положение об эксперте КМП в ЛПУ устанавливает права, обязанности и ответственность врачей, выполняющих функции экспертов КМП в ЛПУ и включенных в реестр экспертов КМП ЛПУ. Эксперт КМП — это врач, имеющий действующий сертификат по клинической специаль-

ности, высшую или первую квалификационную категорию или ученую степень кандидата или доктора медицинских наук, владеющий специальными знаниями и методическими приемами проведения экспертизы КМП и оформления ее результатов и включенный в регистр экспертов КМП ЛПУ. В его функции входят проведение экспертного анализа, описание в протоколе врачебных ошибок, их причинно-следственных связей и негативных последствий. Перечень врачей, включенных в регистр экспертов, утверждается приказом руководителя ЛПУ. Права и обязанности эксперта КМП схожи с правами и обязанностями судебно-медицинского эксперта, но он, в отличие от последнего, не дает подписку об ответственности за дачу заведомо ложного заключения и разглашения следственной тайны, а в случае нарушения несет лишь дисциплинарную ответственность.

5. Качество медицинской помощи и его контроль

5.1. Понятие и значение качества медицинской помощи

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

Для объективного определения качества необходимы оценочные критерии: оценка диагностических и лечебных методов; оценка правильного выполнения установленных наборов мероприятий и в достаточном объеме в соответствии со стандартом; оценка правильности и полноты заполнения медицинских документов. Приказом Минздрава России от 07.07.2015 № 422ан утверждены критерии оценки качества медицинской помощи при отдельных заболеваниях и состояниях.

Всемирная организация здравоохранения выделяет четыре основных компонента качества медицинской помощи:

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

2) оптимальное использование кадровых, технологических, лекарственных и других ресурсов в конкретных условиях оказания медицинской помощи;

3) минимальный и обоснованный риск для пациента;

4) максимальное удовлетворение пациента результатами медицинской помощи.

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

Перечень дефектов оказания медицинской помощи и нарушений при ее оказании содержится в п. 67 «Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденного приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230. К ним, в частности, относятся:

- дефекты, связанные с нарушением условий оказания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке застрахованным лицам;

- дефекты, связанные с причинением вреда здоровью застрахованным лицам;

- доказанные в установленном законодательством РФ порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации при несоблюдении ими принятых этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей;

- невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение пациенту необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств;

- нарушение по вине медицинской организации преемственно-

сти в лечении, необоснованная или непрофильная госпитализация застрахованного лица;

- развитие ятрогенного заболевания;
- отсутствие объективных причин непредставления первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации;
- дефекты оформления первичной медицинской документации, затрудняющие работу с документацией, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи и создающие невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи.

Большая роль в повышении качества медицинской помощи отводится созданной в 2010 г. Национальной медицинской палате, учредителями которой выступили 35 общественных и некоммерческих организаций, объединений и профессиональных ассоциаций.

Выделяют универсальные принципы управления качеством медицинской помощи, применимые ко всем ее видам. По мнению ряда специалистов, качество медицинской помощи может быть ограничено четырьмя ключевыми принципами:

- 1) понимание работы в форме процессов и систем, направленных на достижение лучшего результата;
- 2) важность соучастия. Поскольку разные специалисты вовлечены в процесс на разных его стадиях, они должны иметь свою точку зрения и вносить свой вклад;
- 3) ориентация на потребителя: качество можно рассматривать как функцию степени, до которой удовлетворяются запросы пациентов;
- 4) использование научной методологии, т. к. качество медицинской помощи основано на доказательствах эффективности медицинских вмешательств и особенностях организации ее оказания.

5.2. Контроль и экспертиза качества медицинской помощи

Центральным ведомством, осуществляющим надзор и контроль за организацией и качеством медицинской помощи населению, яв-

ляется Росздравнадзор, находящийся в ведении Минздрава России.

Законодательством предусмотрены следующие виды **контроля качества медицинской деятельности**: государственный, ведомственный и внутренний.

Помимо контроля, возможно проведение **экспертизы качества медицинской помощи**. Наиболее сложившейся в настоящее время является медицинская экспертиза в системе ОМС, цель которой — оценка объема и качества оказанной медицинской услуги на любых этапах ее предоставления. При этом проводится соответствующий экспертный анализ, результаты которого описываются в протоколе врачебных ошибок, их причинно-следственных связей и негативных последствий, а также оформляется экспертное заключение с выводами. Объектом экспертизы качества медицинской помощи является медицинская документация.

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

Целевая экспертиза касается оказания помощи конкретному застрахованному гражданину.

Она назначается в обязательном порядке:

- по жалобе застрахованного или его родственников, законного представителя или адвоката;
- по постановлению суда, прокуратуры, органов следствия и дознания;
- по факту летального исхода или факту первичного получения инвалидности лиц трудоспособного возраста;
- при повторном обоснованном обращении по поводу одного

и того же заболевания: в течение 30 дней — при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней — при повторной госпитализации, в течение суток — при повторном вызове скорой медицинской помощи;

- по факту внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- по факту наличия в диагнозе признаков вреда здоровью при оказании медицинской помощи;
- по факту взаимного несоответствия различных данных реестра застрахованных.

Одним из направлений реформирования здравоохранения является создание действенного механизма подъема качества медицинской помощи. Эта важная цель включает механизм стандартизации основных процессов медицинской деятельности, которая базируется на зарекомендовавших себя научно-практических результатах.

Особенно внимательно следует проводить контроль при неблагоприятных исходах заболевания, при которых нередко назначается судебно-медицинская экспертиза, что само по себе не является признаком наличия ненадлежащего оказания медицинской помощи.

5.3. Стандартизация в медицине

Использование практически к любому заболеванию стандартов с перечнем обязательных диагностических процедур особенно важно при применении их в каждом населенном пункте. Совместный приказ Минздрава России и ФФОМС от 19.01.1998 № 12/2 «Об организации работ по стандартизации в здравоохранении» положил начало использованию стандартов в медицине.

Стандарт — это эталон, модель, образец качества выполненной работы, конечной продукции, включает усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг. В настоящее время в России разработано около 1 100 стандартов, однако юридически оформлено чуть более 500. Стандарты диагностики некоторых заболеваний оказались неудачны и пересматриваются.

Основные цели стандартизации:

- создание единой системы оценки показателей качества медицинских услуг;

- установление научно обоснованных требований к их номенклатуре, объему и качеству;
- обеспечение единой системы оценки и взаимодействия между организациями, осуществляющими СМЭ.

Основные задачи стандартизации:

- установление единых требований к взаимозаменяемости процессов, оборудования, инструментов;
- нормативное обеспечение порядка надзора и контроля за соблюдением требований нормативных документов;
- установление единых и достаточных требований к сертификации, подготовке и аттестации специалистов, лицензированию и аккредитации учреждений СМЭ.

6. Ненадлежащее оказание медицинской помощи

6.1. Понятие и общие причины ненадлежащего оказания медицинской помощи

Ненадлежащим оказанием медицинской помощи называют действия (бездействие) медицинских работников, не отвечающие установленным положениям медицинской науки и практики, принятым правовым нормам, медицинским правилам, этике и деонтологии. Иногда в качестве синонима ненадлежащего оказания медицинской помощи используются понятия «дефект профессиональной деятельности медицинских работников» или «дефекты медицинской помощи».

Различают следующие общие причины ненадлежащего оказания медицинской помощи: неоказание медицинской помощи, несвоевременное, недостаточное и неправильное оказание медицинской помощи. Сюда также относят нарушение медицинских стандартов и общепринятых в медицине правил, нарушение медицинских официальных регламентирующих и нормативных документов.

Обстоятельства ненадлежащего оказания медицинской помощи могут быть:

- субъективного порядка (запоздалое, недостаточное, неправильное);
- объективного порядка;
- организационного порядка;
- информационно-деонтологического порядка.

6.2. Дефекты оказания медицинской помощи

Дефекты оказания медицинской помощи (ДМИ) некоторые авторы выделяют отдельно. Так называют ненадлежащее осуществление диагностики, лечения, реабилитации больного или организации медицинской помощи, которое обязательно привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства.

Причин дефектов медицинской помощи много, наиболее существенными являются: недостаточная квалификация медицинских работников — 24,7 %, неполноценное обследование больных — 14,7 %, невнимательное отношение к больному — 14,1 %, недостатки в организации лечебного процесса — 13,8 %, недооценка тяжести состояния больного — 2,6 %.

Дефекты медицинской помощи подразделяют на дефекты догоспитального и госпитального этапа. По данным Российского центра судебно-медицинской экспертизы, дефекты диагностики на госпитальном этапе отмечены в 39,6 %, в лечении — в 32,4 %; на догоспитальном — соответственно в 26,8 и 31,5 %.

Причины дефектов оказания медицинской помощи. Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию утвержден приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230. Он издан, в частности, в целях предупреждения дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица, невыполнения и (или) неправильного выполнения порядков оказания медицинской помо-

щи и (или) стандартов медицинской помощи; установления причин их возникновения.

Контроль качества проводится с учетом обычно встречающихся на практике восьми основных причин ДМП:

1) несоответствия медицинской помощи обязательным требованиям, предусмотренным законодательством по ОМС или условиям договора;

2) нарушения требований нормативных актов;

3) нарушения правил делового оборота в сфере здравоохранения;

4) нарушения требований безопасности медицинской услуги;

5) несоответствия медицинской помощи целям, для которых она предназначена, с причинением вреда жизни и здоровью застрахованного;

6) нарушения прав застрахованных;

7) неоптимального выбора технологии (неправильная диагностика, создание условий повышенного риска, нерациональное использование ресурсов медицинского учреждения);

8) нарушения правил оформления медицинской документации.

6.3. Медицинские ошибки и ятрогении

Медицинские ошибки — самый распространенный дефект медицинской помощи. Его часто называют врачебной ошибкой, хотя допускается он нередко и медицинским работником среднего звена. Дефект профессиональной деятельности медицинского работника не относится к юридическим понятиям и не предусматривает вины медицинского работника, даже несмотря на тяжесть последствий.

Десятилетиями было признано определение врачебной ошибки, сформулированное академиком И. В. Давыдовским: «Врачебная ошибка — это следствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей».

С тех пор, особенно в последние десятилетия, было предложено 65 иных определений врачебной ошибки. Например, С. Г. Стеценко приводит такое определение: «Врачебная ошибка — это дефект оказания медицинской помощи, связанный с неправильными действиями медицинского персонала, характеризующийся добросо-

вестным заблуждением при отсутствии признаков умышленного или неосторожного преступления».

К *объективным* причинам медицинской ошибки относят:

- недостаточную материально-техническую базу конкретного медицинского учреждения;

- неудовлетворительные условия для использования имеющихся возможностей;

- неудовлетворительную организацию лечебно-диагностического процесса, включая комплексное решение вопроса с другими по специальности участниками;

- позднее обращение за медицинской помощью;

- атипичное или бессимптомное проявление болезни, невозможность контакта с пациентом;

- оформленный отказ пациента от обследования или лечения;

- недостаточный уровень развития медицины.

К *субъективным* причинам медицинской ошибки относят:

- неудовлетворительную профессиональную или общемедицинскую подготовку врача или среднего медицинского работника;

- неисполнение или недостаточно удовлетворительное исполнение медицинским работником профессиональных или должностных обязанностей, его самоуверенность, недобросовестность или небрежность при исполнении определенного процесса;

- незнание или невыполнение стандартов медицинской помощи, определенных требованиями медицинского права;

- индивидуальные дефекты, ограничивающие восприятие специалистом особенностей объекта исследования.

Не всякий неблагоприятный исход свидетельствует о медицинской ошибке, но в СМИ и в обычной жизни понятие ошибки медицинского работника принято связывать с любым дефектом оказания медицинской помощи.

Медицинская (врачебная) ошибка освобождает от уголовной, но не от моральной и гражданской ответственности. Понятие врачебной или медицинской ошибки, долгое время считавшееся неправовой категорией, упоминается в медицинской литературе и приравнивается к другим дефектам медицинской помощи. Впервые оно получает за-

крепление на законодательном уровне: в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусматривается право врача на страхование риска своей профессиональной ответственности, т. е. косвенно законодательно признается возможность совершения врачом профессиональных ошибок, наносящих вред здоровью, при отсутствии в его действиях халатности и небрежности. Поэтому давно распространенное мнение, что врачебная ошибка не юридическое понятие, в настоящее время меняется.

Хотя официальной статистики врачебных ошибок в России не ведется, по данным общественных организаций, они ежегодно уносят до 50 тыс. жизней и по-разному проявляются у различных специалистов. У представителей «агрессивных» медицинских профессий (в частности, хирургов) их всегда больше, чем у отличающихся известным консерватизмом терапевтов. У реаниматологов, работающих с тяжелыми больными, больше, чем, например, у дерматологов. Понятно, что это зависит и от характера болезни, степени ее тяжести, многих других причин, но, безусловно, и от того, где быстрее и понятнее виден результат врачебного действия.

Особняком, но близким к медицинским ошибкам стоит **ятрогения** — заболевание, возникающее вследствие неправильного, необдуманного высказывания или действия врача. Соррогения обозначает вред здоровью, причиняемый медицинской сестрой.

С. Г. Стеценко с позиций современного медицинского права приводит следующие виды ятрогений:

- *диагностические* (неустановленный диагноз, гипердиагностика и дефекты выполнения диагностических процедур);
- *лечебные* (дефекты выполнения лечебных процедур, повреждения органов или тканей при операции, оставление в полости инородного тела, радиационное поражение при лучевой терапии);
- *профилактические* (неблагоприятные реакции организма на прививки, отрицательное влияние внешних факторов, погрешности в проведении профилактических мероприятий);
- *лекарственные* (последствия неправильного применения медикаментов, нарушения режима приема или дозировки, назначение не показанных при данной патологии лекарств);

- *информационно-диагностические* (неправильно истолкованные слова медработника, недостаточная информация относительно своего заболевания, отступление медиком от должных правил взаимоотношения с пациентом, нарушение сохранения врачебной тайны).

Эти нежелательные или неблагоприятные последствия могут быть следствием как ошибочных, так и правильных действий медицинского работника.

К многочисленным причинам ятрогении относятся незнание врачом основ медицинской психологии, несоблюдение медицинской этики, невнимательность, неосторожность, непродуманная информация о болезни или непредоставление информации некоторой части пациентов; неквалифицированное проведение диагностической или лечебной манипуляции, особенно при реанимационных или анестезиологических процедурах; извращенная реакция больного на лекарства и (или) их сочетание.

Международная медицинская квалификация болезней (МКБ-10) выделяет ятрогенную патологию и включает 70 ее разновидностей. По данным ВОЗ, диагностическая ятрогения встречается у 20 % больных и составляет 10 % в структуре госпитальной смертности.

7. Внесудебная оценка качества медицинской помощи и действий медицинского работника

Профессия медицинского работника является сложной, ибо его окружают страдания, горести и утраты. В последние годы к ним присоединились необходимость бдительности и скрупулезного фиксирования своего поведения, а в случаях жалоб — переживания, связанные с правовой защитой своих действий.

В новых условиях, когда значительно увеличилось количество жалоб с требованием возмещения физического и морального вреда, участились случаи заведомо ложных обвинений врачей и других лиц из числа медицинского персонала в якобы неправильном лечении, которое, по мнению истцов, находится в прямой причинной связи с наступившими последствиями. При этом истцы указывают

на наличие дефектов медицинской помощи и скрывают факты своего неправильного отношения к себе, своим близким, к болезни и назначениям врача.

Руководители медицинских учреждений и органы управления здравоохранением при получении жалоб граждан или сообщения о ненадлежащем оказании медицинской помощи назначают служебное (ведомственное) расследование случаев неблагоприятных исходов медицинской помощи. Оно проводится до поступления сигнала в правоохранительные органы. Однако, несмотря на то что служебная (ведомственная) проверка обязательна, не во всех случаях она проводится членами ведомственной комиссии, которые, являясь высококвалифицированными специалистами, выделяются для проверки обоснованности жалобы. Наиболее часто причинами ненадлежащего оказания медицинской помощи, по поводу которой поступали жалобы, были неоказание медицинской помощи или необоснованная ее задержка, что иногда являлось фактором, способствовавшим наступлению осложнения или даже смерти больного, а также различные дефекты медицинской помощи.

Методика проведения ведомственного контроля качества оказания медицинской помощи и выявления профессиональных правонарушений медицинских работников заключается в следующих действиях членов ведомственной комиссии:

1) знакомство с исходными документами (жалобами, письмами, объяснительными записками);

2) составление плана работы: выявление необходимых для проверки медицинских документов; определение вопросов, способствующих разрешению жалобы; установление целесообразности дополнительного обследования больного;

3) беседы с лечащим врачом и другим медицинским персоналом. При необходимости — привлечение специалистов для решения конкретных специальных вопросов (ответы целесообразно оформлять в виде объяснительной записки на имя главного врача);

4) изучение и изложение основных положений медицинских документов, назначение при необходимости дополнительных исследований;

5) работа над заключением с обоснованием ответов на поставленные вопросы и оформление акта ведомственной проверки;

6) составление предложений: проектов распоряжения или приказа, если есть такая необходимость; проведение клинической или клинико-анатомической конференции, протокол которой прилагается к акту ведомственной проверки.

Текст ведомственного документа, составляемого по результатам проверки (заключения), должен излагаться, по возможности, просто, доступно, языком, понятным для лиц, не имеющих медицинского образования. Важно, чтобы заключение комиссии было научно обосновано, формулировка понятна, однозначна, находилась бы в пределах компетенции не только медика, но и юриста. Не должны употребляться слова и понятия, имеющие юридический смысл: «вина», «ошибка», «неосторожное действие», «халатность», «небрежность», «несчастный случай».

Исключительно важен вопрос об определении прямой причинной связи между допущенными (в случае их обнаружения) недостатками в работе медицинского персонала и наступившими последствиями. Указывают причину допущенного дефекта: отсутствие опыта, недостаточное знание специальной литературы, необходимость более углубленного изучения какого-либо документа или материала и пр. Специалисты, привлекаемые к работе в комиссиях, должны стремиться к тому, чтобы их заключение, которое, возможно, ляжет в основу приказа по медицинской организации или Минздрава России, послужило дальнейшему совершенствованию медицинского обслуживания населения.

Помимо (служебной) ведомственной проверки, проводится досудебная экспертиза качества медицинской помощи страховыми организациями. Как уже отмечалось, наиболее распространенной в настоящее время является медицинская экспертиза в системе ОМС, целью которой является оценка объема и качества медицинской услуги на любых этапах ее оказания.

При расследовании дел, связанных с профессиональными правонарушениями медицинских работников, целесообразно привлекать их к уголовной ответственности, когда исчерпаны или не могут иметь

место другие возможности решения конфликта сторон. Дефект действий медицинского работника может возникнуть в процессе любого медицинского вмешательства, т. е. любого обследования или иного действия, имеющего диагностическую, лечебную, профилактическую или реабилитационную направленность, выполняемого врачом или медицинским работником со средним образованием. Ежегодно в России судами рассматривается до 1 000 исков по случаям причинения вреда здоровью в процессе лечения. Это значительно меньше, чем в США, что свидетельствует о том, что граждане России по разным причинам не обращаются с исковыми требованиями.

Вопросы для дискуссий

1. Кодификация медицинского права.
2. Роль церковной этики в формировании этики медицинской.
3. Значение этических кодексов врача и медицинской сестры России.
4. Роль общественных медицинских объединений в обеспечении охраны здоровья граждан.
5. Значение добровольного медицинского страхования граждан в Российской Федерации.
6. Основные проблемы современного здравоохранения в РФ.
7. Нормативная регламентация качества медицинской помощи.
8. Причины и значение синдрома перегорания, или морального истощения, медработника.
9. Критерии современной оценки уровня медицинской помощи и престижа медработника.
10. Недобровольное оказание медицинской помощи.
11. Содержание понятия врачебной тайны и современные проблемы ее сохранения.
12. Современные проблемы суррогатного материнства.
13. Медицинская стерилизация.
14. Современные проблемы трансплантации органов и тканей.
15. Эвтаназия.
16. Социальное и правовое отношение к дефектам медицинской помощи.

Контрольные вопросы

1. Каковы источники медицинского права?
2. Какие системы здравоохранения функционируют в России?
3. Каковы система и источники финансирования здравоохранения в России?
4. Каковы понятие и виды медицинских организаций?
5. Какова система и виды медицинского страхования в России?
6. Каково содержание этики и деонтологии как регуляторов отношений в сфере охраны здоровья?
7. Состав участников здравоохранительных правоотношений.
8. Обязанности и права пациента.
9. Права медицинских работников.
10. В каких случаях возможно принудительное оказание медицинской помощи?
11. Понятие врачебной тайны.
12. В каких случаях и с какой целью допускается разглашение врачебной тайны?
13. Кому и на каком основании может быть предоставлена информация, связанная с медицинской тайной?
14. Кто может быть субъектом разглашения врачебной тайны?
15. Правовое значение клятвы врача Российской Федерации.
16. Каковы понятие и виды медицинской услуги?
17. Каково правовое значение установления факта смерти?
18. Критерии прекращения реанимационных мероприятий.
19. В каких случаях патологоанатомическое вскрытие является обязательным?
20. Кем и на каких основаниях выдается медицинское свидетельство о смерти?
21. Что такое ятрогения?
22. Понятие врачебной ошибки.
23. Каковы механизмы и виды контроля качества медицинской помощи?

24. Каков порядок ведомственной проверки качества оказания медицинской помощи?

25. Каков порядок решения вопроса о возбуждении дела при подозрении на профессиональное правонарушение медицинского работника?

26. Какова цель страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

27. Должностные лица в сфере здравоохранения.

28. Каковы меры профилактики профессиональных и должностных правонарушений в медицинских организациях?

Список нормативных правовых актов и литературы

*Нормативные правовые акты**

1. Руководящие принципы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов (документ EB 123/5; 123 сессия Исполнительного комитета ВОЗ от 26 мая 2008 г.).

2. Международные медико-санитарные правила (одобрены 58 сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения 23 мая 2003 г.).

3. Принципы защиты психически больных лиц и улучшение психиатрической помощи (приняты Генеральной Ассамблеей ООН / Резолюция 46/119 от 17 декабря 1991 г.).

4. ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. ФЗ от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности».

6. ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

7. ФЗ от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».

8. ФЗ от 07.05.2009 № 92-ФЗ «Об обеспечении охраны психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением».

9. ФЗ от 20.05.2002 № 54-ФЗ «О временном запрете на клонирование человека».

10. ФЗ от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

* Тексты названных нормативных актов доступны в базах СПС «КонсультантПлюс».

11. ФЗ от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

12. ФЗ от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

13. ФЗ от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

14. ФЗ от 12.12.1996 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле».

15. ФЗ от 30.03.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)».

16. ФЗ от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов».

17. ФЗ от 05.07.1996 № 86-ФЗ «О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности».

18. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

19. Закон РФ от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

20. Постановление Правительства РФ от 21.11.2011 № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности».

21. Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")».

22. Постановление Правительства РФ от 06.03.2013 № 186 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации».

23. Постановление Правительства РФ от 15.09.2005 № 569 «О Положении об осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации».

24. Постановление Правительства РФ от 06.02.2012 № 98

«О социальном показании для искусственного прерывания беременности».

25. Постановление Правительства РФ от 25.12.2001 № 892 «О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"».

26. Постановление Правительства РФ от 15.07.1999 № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок».

27. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

28. Постановление Правительства РФ от 25.05.1994 № 522 «О мерах по обеспечению психиатрической помощью и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами».

29. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом».

30. Постановление Правительства РФ от 20.09.2012 № 950 «Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека».

31. Постановление Правительства РФ от 11.10.2011 № 828 «Об утверждении Положения о порядке проведения обязательной государственной геномной регистрации лиц, осужденных и отбывающих наказание в виде лишения свободы».

32. Приказ Минздрава России от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки"».

33. Приказ Минздрава России от 29.11.2012 № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста меди-

цинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста».

34. приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

35. Приказ Минздрава РФ от 08.04.1998 № 108 «О скорой психиатрической помощи» (вместе с «Положением о врачебных и фельдшерских бригадах скорой психиатрической помощи», «Методическими рекомендациями по организации работы бригад скорой психиатрической помощи»).

36. Приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

37. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».

38. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.04.2012 № 502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации».

39. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29.06.2011 № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листов нетрудоспособности».

40. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских

осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

41. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 29.01.2014 № 59н «Об утверждении Административного регламента по предоставлению государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы».

42. Приказ Минтруда России от 11.10.2012 № 310н «Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы».

43. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации».

44. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности».

45. Приказ Минздрава России № 306н, РАН № 3 от 04.06.2015 «Об утверждении перечня объектов трансплантации».

46. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 25.05.2007 № 358 «О медицинском заключении о необходимости трансплантации органов и/или тканей человека».

47. приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30.05.2005 № 370 «Об утверждении Инструкции об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений».

48. Приказ Минздрава России от 12.08.2003 № 401 «Об утверждении отраслевой учетной и отчетной медицинской документации по судебно-психиатрической экспертизе».

49. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 01.11.2004 № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи».

50. Приказ Минздрава РФ от 20.12.2001 № 460 «Об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга».

51. Приказ Минздрава РФ от 14.09.2001 № 364 «Об утверждении порядка медицинского обследования донора крови и ее компонентов».

52. Приказ Минздравсоцразвития России от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

53. Приказ Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий».

54. Приказ Минздрава России от 18.12.2015 № 933н «О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)».

55. Постановление Европейского суда по правам человека по делу Бик против Российской Федерации от 22 апреля 2010 г.

56. Постановление Конституционного Суда РФ от 27.02.2009 № 4-П «По делу о проверке конституционности ряда положений статей 37, 52, 135, 222, 284, 286 и 3791 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации и части четвертой статьи 28 Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" в связи с жалобами граждан Ю. К. Гудковой, П. В. Штукатурова и М. А. Яшиной».

57. Определение Конституционного Суда РФ от 05.03.2009 № 544-О-П «По жалобе гражданки Хорошавцевой Надежды Николаевны на нарушение ее конституционных прав рядом положений Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" и Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации».

58. Определение Конституционного Суда РФ от 04.12.2003 № 459-О «Об отказе в принятии к рассмотрению запроса Саратовского областного суда о проверке конституционности статьи 8 За-

кона Российской Федерации "О трансплантации органов и (или) тканей человека"».

59. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 07.04.2011 № 6 «О практике применения судами принудительных мер медицинского характера».

60. Решение Верховного Суда РФ от 13.01.2011 № ГКПИ10-1601 «Об отказе в признании недействующим пункта 6 Инструкции по применению методов вспомогательных репродуктивных технологий, утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 26 февраля 2003 г. № 67».

61. Этический кодекс российского врача (утвержден Конференцией Ассоциации врачей России, ноябрь 1994 г.).

62. Кодекс врачебной этики (одобрен Всероссийским Пироговским съездом врачей, июнь 1997 г.).

63. Этический кодекс фармацевтического работника России (принят фармацевтической ассоциацией России, сентябрь 1996 г.).

64. Этический кодекс медицинской сестры России (одобрен Всероссийской конференцией Ассоциации медицинских сестер России, сентябрь 2010 г.).

Литература

1. Акопов, В. И. Правовое обеспечение профессиональной деятельности медсестер (основы медицинского права) / В. И. Акопов. — М. : MapT, 2005.

2. Акопов, В. И. Медицинское право : учебник и практикум для вузов / В. И. Акопов. — М. : Юрайт, 2017. — URL : <https://www.biblio-online.ru/viewer/D4469D26-01D5-4F54-B668-01B259F7E083#page/1>

3. Биомедицинское право в России и за рубежом : монография / Г. Б. Романовский, Н. Н. Тарусина, А. А. Мохов [и др.]. — М. : Проспект, 2015. — URL : http://biblioclub.ru/index.php?page=book_view_red&book_id=375377)

4. Медицинское право : учеб. пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Юриспруденция» / Г. Б. Дерягин, Д. И. Кича, О. Е. Коновалов. — М. : ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2015. — URL : (http://biblioclub.ru/index.php?page=book_view_red&book_id=114786)

5. Мохов, А. А. Основы медицинского права Российской Федерации (Правовые основы медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации) : учеб. пособие / А. А. Мохов. — М. : Проспект, 2015. — URL : (http://biblioclub.ru/index.php?page=book_view_red&book_id=251827)

6. Общественное здоровье и здравоохранение : практикум / В. А. Медик, В. И. Лисицин, А. В. Прохорова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

7. Ответственность за правонарушения в медицине : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / [О. Ю. Александрова и др.]. — М. : Академия, 2006.

8. Ответственность за преступления, совершаемые медицинскими работниками : учеб. пособие / Э. П. Григонис, О. В. Леонтьев. — СПб. : СпецЛит, 2008.

9. Цыганова, О. А. Российская судебная практика по разрешению дел о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью граждан при оказании медицинской помощи : проблемы и перспективы / О. А. Цыганова, Т. Г. Светличная, И. В. Ившин // Заместитель главного врача. — 2008. — № 1. — С. 82–88.

10. Юридические основы деятельности врача. Медицинское право : учеб. пособие для студентов медицинских вузов в схемах и определениях / ред. Ю. Д. Сергеев. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006.

Примеры ситуационных задач

1. В местных газетах периодически появлялись сообщения о распространении туберкулеза на территории области и росте этого заболевания в последние годы. В связи с этим один из руководителей администрации области потребовал от СМИ прекратить пугать население «жареными» фактами, пригрозив уволить некоторых редакторов, ссылаясь на приближающиеся выборы.

Вопрос: Прав ли он?

Ответ: в ч. 3 ст. 41 Конституции РФ указано: «Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом». Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлено, что регулярное информирование населения через СМИ о распространении социально значимых заболеваний является обязанностью органов местного самоуправления (ст. 17). Уместна в этом случае и ссылка на Закон РФ от 27.12.1991 № 2124-1 «О средствах массовой информации», гарантирующий гражданам доступ к правдивой информации.

2. К участковому врачу обратился его пациент, одинокий пожилой человек, который, находясь в тяжелом состоянии, попросил удостоверить его подпись под текстом завещания о передаче его приватизированной квартиры племяннику. Врач отказался это сделать и посоветовал вызвать нотариуса. Однако сосед отсоветовал, сказав, что, в отличие от вызова врача, приглашение нотариуса стоит больших денег. Поэтому завещание заверили подписью и печатью домоуправа в жилищно-эксплуатационной конторе. После смерти больного выяснилось, что завещание недействительно. Желая доказать свое право на наследство, племянник подал в суд и заодно обвинил врача, отказавшегося заверить подпись больного.

Вопрос: Правомерны ли были действия врача?

Ответ: согласно ст. 1124 ГК РФ завещание заверяется только нотариусом. Ни домоуправ, ни участковый врач не имеют на это права. В пп. 1 п. 1 ст. 1127 ГК РФ указано, что завещание может быть удостоверено главным врачом или его заместителем по медицинской части, а также дежурным врачом, но только при нахождении больного в стационарном лечебном учреждении (больнице, госпитале, санатории, доме престарелых).

3. В эфире городского радио дважды выступал главный врач центра Госсанэпиднадзора, сообщая населению о повышении концентрации окиси углерода в воздухе, превышающей предельно допустимые нормы в 200 раз. Это вызвало возмущение населения и требование принять срочные меры к очистке воздуха. В связи с этим администрация города предъявила судебный иск врачу, превысившему, по ее мнению, свою компетенцию и посеявшему панику среди населения.

Вопрос: Правомерны ли были действия врача?

Ответ: в ст. 42 Конституции РФ сказано: «Каждый имеет право на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о ее состоянии и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением». Это положение развивается в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 9, 17), в котором указано, что к компетенции органов местного самоуправления относится выявление факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье населения, и информирование о них граждан. В Федеральном законе «Об охране окружающей среды» (ст. 7. 11. 12) подчеркивается, что граждане имеют право требовать предоставления полной информации о состоянии окружающей среды.

4. Больной К. 58 лет, получив после обследования информацию

лечащего врача о тяжелом инфаркте, просил сообщить диагноз только взрослому сыну. Однако во время посещения дежурная медсестра, увидев жену, тут же с сочувствием сообщила о последних результатах и диагнозе.

После встречи с супругой больной К. написал жалобу директору центра на поведение дежурной медсестры. При разборе выяснилось, что врачебная тайна соблюдалась, но жена, по мнению медсестры, имеет право знать о состоянии здоровья законного супруга.

Вопрос: Было ли в этом случае совершено правонарушение?

Ответ: см.: ч. 3 ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. Гражданка С. 42 лет, находилась на лечении в урологическом отделении городской больницы. Во время посещения ее сожителем И., юристом по образованию, она пожаловалась ему, что лечащий врач не информирует ее о диагнозе и прогнозе. Гражданин И. обратился к лечащему врачу с претензией, что нарушается право пациента на информацию, после чего получил не только информацию, но и медицинскую карту для ознакомления.

Вопрос: Правильно ли поступил лечащий врач?

Ответ: см.: ч. 1–3 ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Оглавление

1. Принципы и задачи охраны здоровья граждан.....	3
2. Организация системы здравоохранения в Российской Федерации	6
3. Медицинское страхование.....	10
3.1. Обязательное медицинское страхование (ОМС).....	10
3.2. Добровольное медицинское страхование (ДМС).....	14
4. Медицинская экспертиза	15
5. Качество медицинской помощи и его контроль.....	21
5.1. Понятие и значение качества медицинской помощи	21
5.2. Контроль и экспертиза качества медицинской помощи.....	23
5.3. Стандартизация в медицине	25
6. Ненадлежащее оказание медицинской помощи.....	26
6.1. Понятие и общие причины ненадлежащего оказания медицинской помощи	26
6.2. Дефекты оказания медицинской помощи	27
6.3. Медицинские ошибки и ятрогении.....	28
7. Внесудебная оценка качества медицинской помощи и действий медицинского работника	31
Вопросы для дискуссий	35
Контрольные вопросы.....	36
Список нормативных правовых актов.....	38
и литературы	38
Приложение	46

Учебное издание

Медицинское право

Учебно-методическое пособие

Составитель

Смирнов Роман Юрьевич

Редактор, корректор М. Э. Левакова

Верстка М. Э. Леваковой

Подписано в печать 08.08.2018. Формат 60×84 1/16.

Усл. печ. л. 3,02. Уч.-изд. л. 2,0.

Тираж 3 экз. Заказ

Оригинал-макет подготовлен

в редакционно-издательском отделе ЯрГУ.

Ярославский государственный университет

им. П. Г. Демидова.

150003, Ярославль, ул. Советская, 14.

