

№2(38)  
2013

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЕ

## ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ



## Подписка на «Старшую»: никогда не поздно!



Уважаемые коллеги! Подписаться на журнал «Старшая медицинская сестра» можно в любом почтовом отделении России – это вам давно и хорошо известно. Напоминаем, что в полугодие выходит 4 номера нашего журнала с самой полезной, важной и своевременной информацией по главным направлениям работы старших медицинских сестер!

Но не все еще знают, что оформить подписку на «Старшую» можно и через редакцию. Для этого, если вы оформляете подписку на 2-е полугодие 2013 года, отправьте **880 руб.** (для частных лиц) или **1760 руб.** (для организаций) на наши реквизиты из любого отделения Сбербанка с указанием своего полного адреса и ФИО.

Получатель платежа – **ООО «Издательство «Медицинский проект».**

**КБ ООО «МФ Банк», г. Москва**

**Р/сч 40702810400000000682 К/сч 30101810600000000361**

**БИК 04479361 ИНН 7728292626 КПП 772801001**

Оплатить подписку через редакцию можно и электронным почтовым переводом, который следует выслать по адресу:

**127254, Москва, а/я 59, Быстровой Е.В.**

В строке «Для письменного сообщения» также напишите свой полный адрес с индексом и обязательно укажите ФИО.

Информация о подписке по телефонам:

**(495) 618-83-32; 664-20-42; 8-916-031-02-83.**

Автор:

**Борис Михайлович ВАЙЛЬ**, юрист, член Коллегии адвокатов г. Москвы

# **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ**

Издание посвящено актуальным вопросам в сфере прав и обязанностей пациентов. Особое внимание обращено на право пациента на медицинскую помощь, адекватное обезболивание, врачебную тайну, правдивую информацию о здоровье и отказ от медицинского вмешательства. Издание предназначено для медицинских сестер, руководителей сестринских коллективов, преподавателей сестринского дела.

# СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Раздел 1. ПРАВО НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ.....	5
Общее регулирование права на медицинскую помощь.....	5
Оказание медицинской помощи.....	6
О нарушениях права пациента на медицинскую помощь.....	8
Отказ в медицинской помощи.....	9
Отказы в плановой медицинской помощи.....	10
Отказ в медицинской помощи: что делать пациенту?.....	11
Раздел 2. ПРАВО НА ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ИЛИ ОБЛЕГЧЕНИЕ БОЛИ.....	13
Правовые основы обезболивания.....	13
Обезболивание при онкозаболеваниях и других болевых синдромах.....	15
О проблеме послеоперационного обезболивания.....	17
О нарушении прав больных на обезболивание.....	19
Нарушение прав больных на обезболивание: кто виноват?.....	22
Раздел 3. ПРАВО НА ВЫБОР МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ВРАЧА.....	24
Раздел 4. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА.....	31
Что такое врачебная тайна и кто ее должен соблюдать?.....	31
Правовые основы врачебной тайны.....	32
Юридическая ответственность за разглашение врачебной тайны.....	33
Как информировать родных и близких и при этом не нарушать врачебной тайны?.....	34
Раздел 5. ПРАВО НА ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ.....	37
Правовое регулирование информирования пациентов.....	37
Нужно ли сообщать правду безнадежным больным?.....	38
Проблема ценности доверия пациента к врачу.....	40
Ложь и опасность деградации личности медицинского работника.....	41
Процедурные вопросы.....	42
Раздел 6. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.....	43
Общее понятие об информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство.....	43
Отказ от медицинского вмешательства.....	44
Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан.....	45
Раздел 7. ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ.....	46
Граждане обязаны заботиться о своем здоровье.....	46
Обязанность проходить профилактические медицинские осмотры.....	46
Находясь на лечении, пациент должен соблюдать режим лечения и правила внутреннего распорядка медицинских организаций.....	47
Граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.....	48
Приложение. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ № 323 от 21 НОЯБРЯ 2011 г. «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ».....	49

# Введение

Медицинские работники обязаны соблюдать права пациентов. Эти права закреплены законами об охране здоровья граждан. Основные из них – право на медицинскую помощь, право на личную (врачебную) тайну, право на правдивую информацию о состоянии своего здоровья, право на отказ от лечения. Помимо основных, есть особые права, касающиеся отдельных категорий граждан, отдельных видов медицинской помощи и др. Например, право на уход и лечебное питание, право на обезболивание и паллиативную помощь и т.п.

В настоящем издании мы познакомим читателя с основными правами пациентов, а также с одним особым правом – на облегчение болей, так как последнее прямо касается деятельности медицинских сестер, которых до 1917 г. называли сестрами милосердия.

Помимо прав, наши пациенты имеют и обязанности. Законодательство весьма скупо регулирует этот раздел взаимоотношений системы здравоохранения и пациентов. И тем не менее имеющиеся правовые нормы дают медработникам возможность повлиять на пациентов, грубо нарушающих режим и нормы поведения в медицинском учреждении.

В заключение приводятся извлечения из Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Основы охраны здоровья граждан в Российской Федерации», касающиеся прав и обязанностей пациентов.

Издание содержит много примеров нарушения прав пациентов. Эти примеры можно использовать в качестве ситуационных задач при изучении темы.

# Раздел 1. Право на медицинскую помощь

## Общее регулирование права на медицинскую помощь

Согласно ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»\* (в дальнейшем – «Основы») каждый гражданин имеет право на медицинскую помощь.

Объем помощи, предоставляемой бесплатно, определяется **программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**, которая утверждается Правительством нашей страны. В соответствии с этой программой органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают **территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

В рамках территориальной программы устанавливаются:

- 1) целевые значения критериев доступности медицинской помощи;
- 2) перечень заболеваний (состояний) и перечень видов медицинской помощи, оказываемой гражданам без взимания с них платы за счет бюджета и средств ТФ ОМС;
- 3) порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке;
- 4) порядок реализации установленного законодательством Российской Федерации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в медицинских организациях, находящихся на территории субъекта Российской Федерации;
- 5) перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой;
- 6) перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- 7) объем медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;
- 8) объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;

\* Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» принят Государственной думой 01.11.2011, одобрен Советом Федерации 09.11.2011.

9) перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи;

2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, – в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;

3) размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов – по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

4) создание условий пребывания в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний;

5) транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований – при отсутствии возможности их проведения медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь пациенту;

6) транспортировка и хранение в морге поступившего для исследования биологического материала, трупов пациентов, умерших в медицинских и иных организациях, и утилизация биологического материала.

## **Оказание медицинской помощи**

Медицинская помощь осуществляется в соответствии с **порядками и стандартами**.

**Порядок оказания медицинской помощи** определяется Правительством. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:

- этапы оказания медицинской помощи;
- правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
- стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 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:

- медицинских услуг;
- зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;
- медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- компонентов крови;
- видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
- иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускается в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

При оказании медицинской помощи должны соблюдаться **права пациентов**:

- на выбор врача и медицинской организации,
- на условия оказания помощи в соответствии с санитарно-гигиеническими требованиями,
- на получение консультации врачей-специалистов,
- на облегчение боли, на лечебное питание и т.п.

Особо оговаривается право иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, на медицинскую помощь. Оно определяется законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

**Отказ в оказании медицинской помощи** в соответствии с программой государственных гарантий и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими



работниками такой медицинской организации противозаконен. Медицинская помощь в экстренной форме должна оказываться медицинской организацией и медицинским работником безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

## **О нарушениях права пациента на медицинскую помощь**

К сожалению, права пациентов на медицинскую помощь, в том числе на экстренную медицинскую помощь, часто нарушаются.

*В июне 2006 г. в Ростовской области в результате отказа в экстренной медпомощи умер больной. 6 июня 2006 г. в 23.45 в Белокалитвинскую ЦРБ обратился 51-летний мужчина с желудочным кровотечением. Анализ крови показал критическое падение гемоглобина (36). Однако дежурный хирург отказался принять больного, так как тот был прописан в другом районе. Он рекомендовал ему обратиться в больницу по прописке, которая находилась в 78 км. Родственники с трудом нашли транспорт, доставили пациента в больницу по прописке, однако и там возникли проблемы – не было крови для переливания. Через несколько часов после поступления больной скончался.*

*В начале марта 2012 г. в Саратовской области из-за отказа акушерки принимать роды умер новорожденный ребенок. Причиной для отказа в госпитализации беременной стало отсутствие у нее паспорта, медицинского полиса и медицинской карты. Женщине пришлось рожать в домашних условиях. Новорожденная девочка умерла от дыхательной недостаточности.*

Два примера – два отказа в экстренной помощи по формальным признакам. В одном случае территориальное прикрепление больного не соответствовало учреждению, куда он обратился за помощью. Во втором случае в помощи было отказано из-за отсутствия страхового полиса и паспорта.

Между тем согласно российскому законодательству при состоянии, представляющем угрозу жизни, врач обязан оказать помощь, госпитализировать пациента независимо от его места жительства, гражданства, прописки, наличия или отсутствия документов. В таких ситуациях не требуется предъявление полиса, паспорта. Врач не имеет права отправлять пациента в критическом состоянии «по месту прописки». Официальные власти регулярно дают разъяснения по этому поводу. К примеру, в феврале 2013 г. очередное такое разъяснение дала директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Татарстана Алсу Мифтахова. Оно было напечатано в «Российской газете». На вопрос корреспондента, в праве ли бригада «скорой помощи» требовать у пациента полис обязательного медицинского страхования, она ответила: «Наличие медицинского полиса обязательно в том

случае, если человек обращается в больницу или поликлинику в плановом порядке. Но если ему требуется экстренная медицинская помощь, о полисе не может быть и речи. Действительно, были случаи, когда состояние человека требовало срочного врачебного вмешательства, а бригада «03» отказывалась что-либо делать, пока им не предъявят медицинский полис. Если такая ситуация произошла, следует обратиться в Территориальный фонд ОМС».

Отказы в экстренной медицинской помощи являются грубым нарушением прав пациентов, и, если в результате такого отказа жизни и здоровью пациента причинен был существенный вред, они караются, как уголовное преступление. В зависимости от конкретных обстоятельств медицинский работник может нести ответственность по следующим статьям УК РФ: ст. 125 (оставление в опасности), ст. 109 (причинение смерти по неосторожности), ст. 118 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности), ст. 293 (халатность).

## Отказ в медицинской помощи

В каких случаях медработник может отказать в предоставлении медицинской помощи?

Закон не позволяет медицинским работникам отказывать больным в медицинской помощи, если они в ней нуждаются. **Исключениями являются: непреодолимая сила; состояние крайней необходимости; болезнь самого медицинского работника; некомпетентность медицинского работника, вызванного к больному, при условии, если этот медицинский работник вызвал другого специалиста.** Уважительная причина, по которой помощь не была оказана, определяется в каждом отдельном случае, в зависимости от обстоятельств конкретного дела.

Так, за отказ в помощи из-за плохих погодных условий к дисциплинарной ответственности привлечена диспетчер «Скорой медицинской помощи». Как сообщили в ГУ МВД по Республике Коми, инцидент произошел в конце февраля, когда на территории Воркуты действовал режим чрезвычайной ситуации из-за непогоды. В полицию обратилась горожанка и сообщила, что во дворе в снегу лежит мужчина, которому необходима срочная медицинская помощь. Женщина предположила, что у мужчины перелом ноги. Очевидица пояснила, что сначала позвонила на станцию скорой помощи. Однако диспетчер, сославшись на сложные погодные условия, отказала в направлении на место бригады медицинских работников. Двое полицейских пешком отправились на место и увидели 68-летнего мужчину, который жаловался на сильную боль в ноге и явно нуждался в срочной госпитализации. Его отнесли в подъезд, чтобы не замерз окончательно, и пригнали служебную машину. Однако из-за снежных заносов доехать до медицинского учреждения не удалось – машина по пути в больницу застряла в сугробах. Полицейские решили отнести пострадавшего в больницу на руках. В больнице стало ясно, почему мужчина не мог ходить, – он упал и сломал шейку бедра. **При получении такого вы-**

**зова диспетчер должна была сама связаться со спасателями и обеспечить помощь пострадавшему.**

Вместе с тем закон предусматривает **право врача (фельдшера) на отказ от лечения пациента.** Так, в соответствии со ст. 70 «Основ» лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения медицинской организации) может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. В случае отказа лечащего врача от наблюдения за пациентом и лечения пациента должностное лицо (руководитель) медицинской организации (подразделения медицинской организации) должно организовать замену лечащего врача.

Лечащий врач может также отказаться от проведения искусственного прерывания беременности и письменно уведомить об этом руководство, которое обязано произвести замену лечащего врача.

## **Отказы в плановой медицинской помощи**

Многие больные сталкиваются с отказами в плановой медицинской помощи. Рассмотрим проблему на примере отказов в лекарственной противоопухолевой помощи онкологическим больным. С этой проблемой столкнулись тысячи больных в разных регионах нашей страны.

Многие пациенты с онкологическими заболеваниями и их близкие, столкнувшись с проблемой труднодоступности лечения и не получив ответа от местных чиновников, обращаются в общественные пациентские организации. Одна из них – МОД «Движение против рака». Обращения граждан передаются в Роспотребнадзор и его территориальные управления. Осуществляемые усилия принесли результаты: многим больным удалось помочь. По результатам обращений «Движение» публикует доклады. В настоящее время издан четвертый доклад, который разослан по всем органам управления здравоохранения, депутатам разных уровней и т.п.

По данным «Движения», самым неблагополучным регионом по обеспечению противоопухолевыми препаратами в 2012 г. была Московская область. Чаще всего ущемляются права на лечение женщин, больных раком молочной железы, а среди них – тех, кто болен высоко агрессивным HER-2-м положительным раком. Судя по обращениям, чаще других встречаются перебои со следующими препаратами: герцептин, кселода, аримидекс, фемара, золадекс. Серьезной проблемой является замена оригинальных препаратов их аналогами. Многие больные отказываются от них, несмотря на то что они выдаются бесплатно, так как эти препараты часто вызывают тяжелые побочные реакции и в то же время неэффективны (несмотря на лечение, наблюдается рост опухолей). К сожалению, врачи не всегда фиксируют в истории болезни факт возникновения побочных эффектов и не ставят вопрос о замене препарата. В обращениях нередко встречаются жалобы на сомнительное качество препаратов. Так, в Москве больным предлагали «Летразол Тева»

с явными признаками подделки (на упаковке отсутствовали номер серии и данные о фирме-производителе).

Отказы в препаратах имеют две формы – отказ в выписке рецепта и отказ в выдаче лекарства по рецепту в аптеке. В последнее время значительно возросла доля отказов в выписке рецепта. Среди причин называют следующие: отсутствие финансовых средств, отсутствие лекарств в аптеке, не показано по диагнозу, есть более эффективные средства, отсутствие пациента в заявке на получение лекарств (особенно при первичном назначении препарата). Встречаются и другие мотивировки. Например: «Вы еще хорошо выглядите, зачем вам принимать сильный препарат?» Получив отказ, многие больные обращаются к руководителям ЛПУ и территориального здравоохранения и, бывает, сталкиваются с непониманием и даже явной грубостью: «...пишите, куда хотите, звоните, куда хотите, нам не привыкать...». Отказы больным приводят к задержке лечения, к перерывам в курсе. Часто перерывы затягиваются, и больным приходится повторять курс лечения сначала.

## **Отказ в медицинской помощи: что делать пациенту?**

Если пациенту отказали в лечении или он не удовлетворен его качеством, эксперты советуют действовать по следующей схеме. К сожалению, ее применение требует определенного времени и не годится для срочных ситуаций.

### **Советы пациентам: если вам отказали в медицинской помощи**

1. Для начала обратитесь к руководителю медучреждения, где вы лечились. Подготовьте письменную претензию, в которой изложите свои доводы и требования. Ее нужно составить в двух экземплярах, один должен остаться у руководства учреждения, второй с пометкой о приеме заявления должен храниться у вас. Если у вас отказываются принять претензию лично, отправьте ее по почте ценным письмом с описью вложений и уведомлением о вручении. Также можно вручить претензию любому работнику медучреждения в присутствии двух свидетелей, которые поставят свои подписи на вашем экземпляре и согласятся дать показания в суде. Копии претензии можно отправить в управление здравоохранения, которому подчинено медицинское учреждение. Об этом стоит указать в самом документе, обычно это делают в «шапке» документа под словами о том, кому этот документ адресован. По закону руководство учреждения обязано рассмотреть претензию не позднее 10 дней со дня ее поступления. Если ответ не получен в установленные сроки, необходимо предпринять следующие шаги (см. далее).

2. Если вы застрахованы по ОМС или ДМС, одновременно с претензией в медицинское учреждение обращаетесь в страховую компанию, выдавшую вам полис ОМС или ДМС. Страховщик, заключив договор с медицинским учреждением, несет ответственность за качество услуг, которые оно предоставляет, и обязан защищать права застрахованных. Если страховая компания самоустранилась, следует обратиться в городскую (региональную) арбитражную

экспертную комиссию (в большинстве регионов такие комиссии созданы для рассмотрения споров между медицинскими учреждениями и страховщиками).

3. Следующий шаг – обращение с иском о возмещении вреда здоровью в суд. Одновременно этим стоит подать жалобу в прокуратуру и территориальное отделение Росздравнадзора РФ. Медицинские услуги подпадают под действие Закона «О защите прав потребителей», а значит, не облагаются госпошлиной. К исковому заявлению прилагают любые законные доказательства: документы, показания свидетелей, медицинская карта из того учреждения, куда вам пришлось обратиться за помощью после отказа в бесплатной помощи или некачественного лечения, результаты независимой экспертизы и т.п. При наличии финансовых возможностей экспертизу можно заказать в досудебном порядке в учреждении, имеющем соответствующую лицензию. Однако результаты досудебной экспертизы хоть и учитываются судом, как «письменное заключение специалиста», все же не являются таким веским доказательством для суда, как заключение экспертизы, назначенной в судебном порядке. Судебное экспертное заключение считается самостоятельным доказательством и главным основанием для принятия судебного решения. Поэтому необходимо подать ходатайство о назначении дополнительной экспертизы, которая проводится специальными экспертными учреждениями, чья квалификация не вызывает у суда сомнений. Истец имеет право предложить суду проведение экспертизы в каком-то определенном учреждении, но решение этого вопроса остается за судьей. Если заключение эксперта вас не удовлетворило, ст. 87 (дополнительная и повторная экспертиза) Гражданско-процессуального кодекса РФ дает право потребовать проведения дополнительной экспертизы, однако суд может вам в этом отказать.

## **Раздел 2. Право на обезболивание или облегчение боли**

### **Правовые основы обезболивания**

Как известно, боль – частый спутник болезней, и задача медперсонала – облегчить страдания пациента. Пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами. Данное право гарантировано п. 4 ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В настоящее время действует несколько ведомственных документов, вменяющих лечащему врачу по месту жительства и врачебной комиссии поликлиники (учреждения, обеспечивающего первичную медико-санитарную помощь) обязанность проводить обезболивание больных. Утвержден ряд документов, регламентирующих назначение обезболивающих препаратов.

Так, обязанности медицинских учреждений первичной медико-санитарной помощи в части обезболивания онкологических больных подтверждаются Методическими рекомендациями «Выявление злокачественных новообразований и оказание медицинской помощи онкологическим больным» (утв. Министерством здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2007 г. № 9588-ВС). В соответствии с ними к основным задачам поликлиник (т.е. ЛПУ по месту жительства) при оказании онкологической помощи относят: оказание паллиативной помощи онкологическим больным в амбулаторных условиях и в стационаре (по рекомендациям онкологических учреждений). При этом законом определено, что 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. Она может предоставляться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Многие онкологические больные, отчаявшись получить обезболивающие препараты бесплатно, приобретают их за свой счет. Между тем при наличии показаний инвалидам, имеющим право на получение социального пакета, обезболивающие средства должны выписываться бесплатно, если препарат входит в перечень, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 сентября 2006 г. № 665 «Об утверждении Перечня лекарственных препаратов, в том числе перечня лекарственных препаратов, назначаемых по решению врачебной комиссии лечебно-профилактических учреждений, обеспечение которых осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг».

Больным с онкологическими заболеваниями, не имеющим группы инвалидности, бесплатные рецепты на необходимое лекарство должны выписывать на основании постановления Правительства РФ от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» согласно регионального перечня лекарств, содержащегося в территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на 2013 г. Узнать о перечнях лекарств можно в страховой компании, выдавшей полис ОМС или в ТФОМС.

При отказе инвалида от набора социальных услуг он сохраняет право на получение обезболивающих по указанному постановлению Правительства РФ № 890 и территориальной программе государственных гарантий, содержащей региональный перечень лекарств. Тем более что в ст. 11 Основ прямо указано:

«1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается гражданину медицинской организацией и медицинским работником безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

3. За нарушение предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи требований медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации».

О праве пациента на получение лекарственных препаратов говорится в письме Минздравсоцразвития РФ от 03.02.2006 № 489-ВС «Об отпуске лекарственных средств населению по рецептам врачей при амбулаторном лечении бесплатно и с 50-процентной скидкой»:

*«...При одновременном наличии права на получение лекарственного обеспечения в рамках набора социальных услуг, предоставляемого за счет средств федерального бюджета, а также в рамках льготного порядка обеспечения лекарственными средствами, предоставляемыми за счет средств субъекта Российской Федерации, граждане вправе получать лекарственное обеспечение по двум основаниям.*

*В свою очередь, при отказе от набора социальных услуг за гражданами, имеющими право на лекарственное обеспечение по двум основаниям, у них сохраняется право на получение лекарственных средств, предоставляемых за счет средств субъекта Российской Федерации в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890.*

*Органам государственной власти субъектов Российской Федерации целесообразно урегулировать вопрос о предоставлении лекарственного обеспечения льготным категориям граждан путем принятия соответствующих законов субъектов Российской Федерации».*

Юристы из пациентских организаций советуют больным: если врачи будут отказывать в выписке бесплатных обезболивающих препаратов, то для решения вопроса следует обращаться сначала в Минздрав региона, в страховую компанию пациента, в ТФОМС (по факту нарушения прав пациента, гарантированных территориальной программой государственных гарантий и гарантированным перечнем ЛС), а при отрицательном ответе или нерешенной проблеме – с письменными жалобами в органы Росздравнадзора и прокуратуры на отказ в оказании медицинской помощи.

## **Обезболивание при онкозаболеваниях и других болевых синдромах**

В настоящее время действует несколько ведомственных документов, регламентирующих обезболивание. Так, Методические указания № 2001/129 «Порядок и сроки назначения наркотических анальгетиков» (утв. Минздравом РФ 19.07.2001) регламентируют схемы лечения сильных острых и хронических болевых синдромов, в том числе при онкологии, и подтверждают необходимость изменения схемы обезболивания в зависимости от ее проявлений.

В соответствии с этими рекомендациями для лечения острых и хронических болевых синдромов (БС) применяется единая тактика, основанная на строгом соответствии назначаемых средств обезболивания интенсивности боли. Последняя устанавливается врачом (медработником) по простой шкале:

- боли нет (0);
- слабая боль (1);
- умеренная (2);
- сильная (3);
- очень сильная (4).

При слабой боли назначают ненаркотические анальгетики. При умеренной боли (2 балла) назначается опиоидный анальгетик центрального действия трамадол, не относящийся к наркотическим средствам, в сочетании с ненаркотическими анальгетиками периферического и центрального действия. Истинные наркотические средства должны назначаться только при сильных острых и хронических болевых синдромах (3–4 балла). Продолжительность назначения и дозы наркотических средств, приведенных в постановлении Правительства РФ от 30.06.1998 № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» (все препараты морфина, омнопон, промедол, просидол, бупренорфин, препараты фентанила, пентазоцин, декстроморамида, пиритрамаид, тилидин и др.), в том числе в лекарственных формах пролонгированного действия, определяются врачом индивидуально для каждого пациента в зависимости от типа, причин и особенностей течения БС.

Также утверждены и действуют «Принципы клинического применения наркотических и ненаркотических анальгетических средств при острой и хронической боли. Методические указания № 819» (утв. Департаментом



развития медицинской помощи и курортного дела Министерства здравоохранения и социального развития РФ 24 ноября 2004 г.). Цель Методических указаний – дать в сжатой и наглядной форме современные знания об острых и хронических болевых синдромах (с акцентом на острый послеоперационный и хронический онкологический) и принципах их фармакотерапии у взрослых пациентов с учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения и условий российского здравоохранения.

Приведем несколько наиболее важных положений из этих Методических указаний.

*Дано современное определение болевого синдрома.* Согласно определениям Международной ассоциации по изучению боли (IASP, 1994) под острой (преходящей) болью следует понимать боль, обусловленную острым заболеванием, травмой и прекращающуюся по мере выздоровления и заживления ран; хроническая (персистирующая) боль связана с длительно существующим патологическим процессом или посттравматическим состоянием, она продолжается от 1 мес. до многих лет. По этиологическому признаку следует выделять онкологическую и неонкологическую боль. Боль, обусловленная прогрессированием онкологического процесса, имеет место у больных с плохим прогнозом для жизни, носит хронический характер, почти всегда достигает высокой интенсивности и, как правило, требует длительной терапии наркотическими анальгетиками.

*Сформулированы принципы лечения болевого синдрома.* Выбор средства обезболивания определяется интенсивностью болей. Традиционная тактика, рекомендуемая ВОЗ (1986) для лечения хронической боли, заключается в назначении при слабой боли неопиоидных анальгетиков – нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), парацетамола, при умеренной боли – опиоидов средней анальгетической потенции типа трамадола и кодеина и при сильной боли – мощного опиоидного анальгетика морфинового ряда. При этом для повышения эффективности и переносимости обезболивающей терапии анальгетики следует сочетать с адьювантными и/или симптоматическими средствами по индивидуальным показаниям. Этот принцип ступенчатой анальгетической терапии в зависимости от интенсивности боли применим и к разным видам неонкологической, прежде всего острой боли. В процессе лечения острого и хронического болевых синдромов не следует допускать так называемых прорывов боли, дестабилизирующих терапию, поэтому важен не только правильный выбор анальгетика, но и назначение его в адекватной дозе и с интервалами, не допускающими возврата боли. Тип боли влияет на выбор анальгетического средства (или нескольких средств) определенных фармакологических групп в зависимости от патогенеза болевого синдрома. Выделяют ноцицептивную (простую, неосложненную) и нейропатическую (осложненную, патологическую) боль. Нейропатический болевой синдром может быть следствием онкологических и **неонкологических заболеваний**, тяжелых травм и оперативных вмешательств (фантомный, постторакалотомический, постхолцистэктомический и др.). При нейропатическом хроническом болевом синдроме традиционные

неопиоидные и даже опиоидные анальгетики малоэффективны, требуется сложная комплексная терапия с использованием специальных патогенетических средств, а также применение инвазивных методов (регионарные, симпатические блокады и др.), что возможно только в специализированном центре лечения боли.

*Разработаны критерии выбора и тактика назначения анальгетических средств в зависимости от интенсивности и характера боли.* При слабой боли любого происхождения (острой и хронической) используются неопиоидные анальгетики разных групп по индивидуальным показаниям (НПВП, парацетамол, метамизол). При боли умеренной интенсивности назначают один из опиоидов средней анальгетической потенции. Предпочтителен трамадол как наиболее безопасный и универсальный для острой и хронической боли ввиду наличия разных лекарственных форм (инъекционной, оральной, ректальной), но могут быть также использованы кодеин (внутрь), просидол (зашечно), промедол (внутрь, путем инъекций), буторфанол, налбуфин (только путем инъекций). При сильной боли назначают один из мощных наркотических анальгетиков: бупренорфин (сублингвально или путем инъекций), морфина сульфат или гидрохлорид (внутрь или путем инъекций), фентанил (трансдермально или путем инъекций).

Наркотические анальгетики при лечении острых и хронических болевых синдромов следует сочетать с ненаркотическими анальгетическими и адьювантными средствами в целях повышения качества обезболивания, уменьшения необходимой для обезболивания дозы наркотика, его побочных свойств и толерантности. Для профилактики и лечения нейропатических болевых синдромов наряду с анальгетическими средствами требуется специальная адьювантная терапия.

## О проблеме послеоперационного обезболивания

От выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде страдают от 30 до 75% пациентов. В одном исследовании (около 20 тыс. пациентов хирургических отделений Великобритании) выявлено, что послеоперационные болевые ощущения средней интенсивности испытывала треть больных, от сильных болей страдал каждый 10-й больной. В России подобные масштабные исследования не проводились. Послеоперационная боль – это не просто страдание больного, что само по себе недопустимо; она ухудшает течение послеоперационного периода, затрудняет процесс выздоровления. Острая послеоперационная боль может иметь исходом формирование хронического болевого синдрома (ХБС). Проблема ХБС (по существу являющегося ятрогенным страданием) впервые была поднята в 1990-е годы XX в. Анализ баз данных с 1966 по 1998 год (Perkins F., Kehlet H., 2000) позволил сделать вывод о высокой частоте развития ХБС у пациентов, перенесших плановые и экстренные хирургические операции. Подсчитано, что частота посттравматического ХБС приближается к 45%,

постмастэктомического – к 35–38%, после «открытых» холецистэктомий ХБС развивается приблизительно в 25% случаев, у пациентов, перенесших операции по поводу паховых грыж, так называемый генитофеморальный болевой синдром возникает в 10–12% случаев и т.д. (Perkins F., Kehlet H., 2000). В связи с этим основная задача повышения эффективности послеоперационного обезболивания на современном этапе – профилактика хронизации острого послеоперационного синдрома.

К сожалению, в России нет стандартов послеоперационного обезболивания. По данным опроса, проведенного независимой компанией в сентябре 2004 г. среди врачей хирургических специальностей (313 человек) в ряде крупных городов России, наиболее часто назначаемым инъекционным анальгетиком для послеоперационного обезболивания является метамизол, или анальгин (34%).

Второе место по частоте назначения (20%) занимает промедол. Для сравнения, аналогичный опрос, проведенный среди участников конгресса «Евроанестезия-2005» (Вена, июнь 2005), дал следующие результаты: 1) морфин – частота назначения 73%; 2) парацетамол для внутривенного введения – 61%.

Между тем в большинстве развитых стран послеоперационное обезболивание осуществляется в соответствии с принятыми национальными и международными стандартами. В настоящее время на русский язык переведены международные рекомендации «Acute Pain Management: Scientific Evidence» (2005), суммировавшие данные доказательной медицины об эффективности различных средств и методов послеоперационной анальгезии, а также руководство «Postoperative Pain Management – Good Clinical Practice» (2005), которые учитывают в своей работе многие хирургические клиники. Ниже приведена примерная схема обезболивания при операциях различной травматичности, содержащаяся в этих документах.

Таблица 1

### Классификация хирургических вмешательств по степени травматичности

Степень травматичности		
Низкая	Средняя	Высокая
Артроскопические операции на коленном суставе Лапароскопическая холецистэктомия Эндоскопические операции в гинекологии Флебэктомия Грыжесечения Операции на щитовидной железе	Открытая гистерэктомия, экстирпация матки с придатками Открытая холецистэктомия Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава Остеосинтез при переломах конечностей Большинство челюстно-лицевых операции	Операции на органах верхнего этажа брюшной полости Торакотомии Операции на аорте Операции из люмботомического доступа Гемиколонэктомия, резекция, экстирпация прямой кишки Радикальная цистпростатэктомия Тотальное эндопротезирование коленного сустава Ампутация конечности

**Варианты схем мультимодальной анальгезии,  
ориентированных на травматичность хирургических вмешательств**

<b>Операции</b>	<b>До операции</b>	<b>Во время операции</b>	<b>После операции</b>
Низкой травматичности	НПВП в/в или в/м за 30–40 мин до начала операции	Общая анестезия и/или регионарная (от инфльтрационной до спинальной)	НПВП (кеторолак 30 мг в/м 2 р/сут) + парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин 2–3 р/сут
Средней травматичности	То же	Общая анестезия и/или регионарная (от блокады периферических нервов и сплетений до комбинированной спинально-эпидуральной). За 30 мин до окончания операции парацетамол 1 г в/в, инфузия в течение 15 мин	НПВП (кеторолак 30 мг в/м 2–3 р/сут) + парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин 3–4 р/сут ± опиоидный анальгетик (трамадол 100 мг в/м или в/в 2–3 р/сут или промедол 20 мг 2 р/сут в/м)
Высокой травматичности	То же	Общая анестезия с обязательным использованием регионарной (предпочтительна эпидуральная) в качестве компонента. В схему индукции анестезии целесообразно включить кетамин болюс 0,25 мг/кг. За 30 мин до окончания операции парацетамол 1 г в/в, инфузия в течение 15 мин	Продленная эпидуральная анальгезия (ропивакаин 0,2% со скоростью 4–10 мл/ч ± фентанил 0,1–0,3 мг/сут) + НПВП (кеторолак 30 мг в/м 2 р/сут) + парацетамол 1 г в/в инфузия в течение 15 мин 2–3 р/сут

## О нарушении прав больных на обезбоживание

К сожалению, в реальной жизни право больных на обезбоживание часто нарушается, и многие больные вынуждены страдать от острых и хронических болей, не получая адекватного обезбоживания. Нередко при выполнении медицинских вмешательств врачи и медсестры предупреждают больного: «Надо потерпеть». Не получают адекватного обезбоживания сотни тысяч больных с хроническими болями, в том числе онкологические больные на последних стадиях болезни. Особую группу составляют больные, которые не могут выразить силу своих страданий: маленькие дети, люди с ограниченными возможностями. Людей часто обрекают на невыносимые страдания, которые можно приравнять к пыткам.

### *Судебные истории*

*Пенсионер В.Зимин из г. Королева Московской области обратился с иском против поликлиники, где лечилась его жена. Он не может*

*смириться с тем, что жена покончила с собой от невыносимой боли. Людмила Зимина страдала коксартрозом с выраженным болевым синдромом. Боли нестерпимо усиливались, госпитализация для оперативного лечения по разным причинам откладывалась. Адекватного обезболивания больная не получала. Женщина не выдержала боли и приняла смертельную дозу снотворного.*

*59-летний житель села Просвет Кетовского района Курганской области задушил ремнем свою 55-летнюю супругу. «По просьбе своей жены и исходя из гуманных побуждений», – уточнялось в сообщении следственного управления Следственного комитета РФ по Курганской области. Женщина три года болела раком, перенесла операцию, она страдала от болей. Надежды на обезболивание у супругов не было.*

В 1990-х гг. проводилось изучение суицидального поведения онкологических больных. Выборочно было опрошено 50 пациентов, среди которых семь имели намерение совершить суицидальное действие; четыре случая в последующем оказались завершенными, а троих больных спасли, после чего они поступили в хоспис. Опрос родственников и близких (всего 70 чел.) показал, что 56 (80%) из них готовы к суициду в случае обнаружения у них онкологического заболевания. Сегодня ситуация с обезболиванием не улучшилась. О трагизме ситуации говорят результаты опроса врачей-онкологов относительно того, как поступили бы они в случае обнаружения у себя злокачественной опухоли. Большинство из них (25 человек) ответили, что, оценив шансы, выбрали бы суицидальный вариант, половина опрошенных не осудила бы пациентов, покончивших жизнь самоубийством.

Одна из причин низкого качества обезболивания – слишком жесткий регламент использования наркотических препаратов. В настоящее время медицинская общественность начала активную защиту права инкурабельных пациентов на адекватное обезболивание. Участились выступления в СМИ, обращения в органы власти. Приведем несколько цитат из таких выступлений.

«Возможность получения помощи терминальными больными в России очень ограничена, – заявила специалист в области паллиативной медицины, педиатр Анна Сонькина. – Огромное количество неизлечимых больных не получает вообще никакой помощи. В 1961 г. СССР, как и многие другие страны, подписал международную конвенцию. Тем самым наша страна признала в соответствии с международными требованиями ответственность за оборот наркотических средств, а также обеспечение их доступности своим гражданам для медицинских и научных целей. В начале 1980-х ООН поручили разработать рекомендации для стран о том, как сбалансировать национальную политику, обеспечивая контроль и одновременно с этим доступность наркотиков. В соответствии с рекомендациями Международного комитета по контролю над наркотиками в стране должен существовать компетентный национальный орган, отвечающий за обеспечение доступности наркотических препаратов для инкурабельных

больных. В России эти функции не выполняет ни ФСКН (Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков – прим. ред.), ни Минздрав. На сайте Международного комитета по контролю над наркотиками в качестве Национального органа в России обозначено Минэкономразвития!»

По информации хирурга-онколога, директора Евразийской федерации онкологии Сомасундарам Субраманиана, ситуация с доступностью наркотических препаратов для терминальных больных в РФ обстоит даже хуже, чем в некоторых странах Африки. «В Советском Союзе была создана одна из лучших систем помощи онкологическим больным, – пояснил он. – К сожалению, за последние годы ее преимущества были потеряны. Согласно подсчетам экспертов в 2009 г. в России, испытывая потребность в купировании боли, умерли 183 тыс. пациентов, из них 23 тыс. человек – в Москве. И из этих 23 тыс. пациентов только чуть более 4 тыс. человек получали адекватное обезболивание». В основу необходимых мер по повышению доступности паллиативной терапии, по мнению Сомасундарам Субраманиана, должен быть заложен европейский опыт, где показатели доступности наркотических обезболивающих для инкурабельных пациентов одни из самых высоких в мире.

О катастрофической ситуации с доступностью наркотических препаратов для инкурабельных больных заявила главный врач АНО «Самарский хоспис» Ольга Осетрова. В качестве примера она привела результаты проведенной месяц назад проверки самарских поликлиник на предмет назначения врачами наркотических обезболивающих. Оказалось, что наркотики получают только 10% пациентов с онкозаболеваниями в терминальной стадии, тогда как в соответствии с рекомендациями ВОЗ в течение трех последних месяцев жизни их должны получать не менее 70% пациентов данной группы. «И это еще не самая плохая ситуация, я знаю регионы, где дела обстоят гораздо хуже», – отметила Ольга Осетрова.

На огромное количество бюрократических препон при организации отпуска наркотических препаратов в аптеках указывает директор НП «Аптчная гильдия» Елена Неволина. По ее словам, наша страна – настоящий рекордсмен по количеству запретов, в результате которых доступ пациентов к получению препаратов, а врачей к их применению в клинической практике максимально усложнен. «У нас огромное количество ограничений по легальному обороту наркотиков, – говорит Елена Неволина. – Начиная с того, что их невозможно приобрести за деньги, так как это группа препаратов, которые отпускаются только бесплатно, и заканчивая тем, что частнопрактикующий врач выписывать их не имеет права. Да, в Москве ситуация в отношении отпуска наркотических препаратов обстоит несколько лучше, но на всю столицу есть только 70 аптек, имеющих право заниматься отпуском наркотических средств». Она напомнила о ситуации, сложившейся с обеспечением наркотиками больных в Московской области после продажи ГУП «Мособлфармация». Тогда новый собственник прекратил отпуск наркотических препаратов как убыточный вид деятельности.

## **Нарушение прав больных на обезболивание: кто виноват?**

При разборе жалоб пациентов, как правило, устанавливают вину конкретных врачей. Однако масштаб проблемы говорит о наличии для эффективного обезболивания больных препятствий системного характера. «Получение наркотических, да и ненаркотических анальгетиков пациентами безумно формализовано. Врачи в поликлиниках стараются просто их не выписывать, чтобы не «закапываться» потом в килограммах отчетности. В результате некоторые тяжелые больные в муках умирают, – заявил в одном из выступлений заместитель председателя Форумного комитета РАМН профессор Павел Воробьев, неоднократно проехавший с просветительской миссией от Москвы до Дальнего Востока. – Чиновничий беспредел привел к тому, что сильнодействующие анальгетики врачи просто не выписывают. Это не борьба с наркоманами, которые все равно достанут то, что им нужно, а борьба со страдающими больными. Онколог выписать лекарство не может, может только его назначить. Даже если рецепт выписан, получить лекарство для больного – целая проблема. Во-первых, он должен явиться за ним в аптеку сам – каково это при тяжелом заболевании? Во-вторых, лекарство выдают только по месту жительства. А если человек живет не там, где зарегистрирован? Чтобы получать обезболивание, пациент должен ложиться в стационар, который в безнадежном случае старается больного не госпитализировать. Хосписов очень мало. Если больной лежит дома, то участковый врач обязан посещать его, что увеличивает нагрузку врачей, которых в поликлинике чаще всего не хватает. Если речь идет о глубинке, а не о Москве, то проблема еще более усложняется».

В межрегиональной общественной организации «Движение против рака», напротив, констатируют, что самое большое количество жалоб на организацию медпомощи поступает именно из Москвы и Санкт-Петербурга. Впрочем, по мнению руководителя движения Николая Дронова, связано это с тем, что здесь «больные более «продвинутые», чем в отдаленных местах, в национальных республиках, где просто боятся жаловаться, чтобы не было хуже».

Кто же является создателем столь жестокой системы? Принято считать, что виноват Госнаркочеконтроль. Между тем 26 февраля 2013 г. директор ФСКН Виктор Иванов в своем интервью «Российской газете» предложил смягчить правила отпуска онкологическим больным обезболивающих препаратов, содержащих наркотические вещества. «Я выступаю за то, чтобы у нас применялись те же правила, что и в развитых странах. И люди получали необходимые средства обезболивания... и для онкобольных, и при других заболеваниях с тяжелым болевым синдромом». При этом всю ответственность за жесткие требования, которые должны соблюдать аптеки и медучреждения при отпуске и хранении наркосодержащих препаратов, Иванов возложил на Минздрав РФ. «Регламенты по порядку применения наркотических средств, в том числе и для онкобольных, устанавливает Минздрав. Наша роль, роль

ФСКН – контролировать соблюдение этих уже установленных правил». Для изменения сложившейся ситуации директор ФСКН предложил смягчить требования, предъявляемые к хранению наркотических обезболивающих в небольших количествах, а также разрешить их использование стоматологам и ветеринарам. «Если наркотические средства не содержатся в больших количествах, то не надо ужесточать требования: воздвигать железобетонную стену, решетки в палец толщиной. Должны быть разумные меры».

Стоит надеяться, что уже в ближайшее время совместными усилиями право российских больных на полноценное обезболивание будет восстановлено в полном объеме. В этом немалая роль будет отведена медицинским сестрам, которые должны будут уметь:

- определять больных, страдающих от болей и нуждающихся в обезболивании (это особенно важно для маленьких детей и для лиц, которые не могут активно выразить свои ощущения),
- оценивать интенсивность болевого синдрома,
- оценивать эффективность проведенного обезболивания,
- информировать врачей, если терапия не дала результата,
- выявлять побочные эффекты обезболивания.

В стандарты сестринских технологий должны быть включены правила обезболивания при проведении взятия крови, инъекций, перевязок и др. Эти правила должны изучаться при подготовке медсестер. Их выполнение должно строго контролироваться. Больной не должен терпеть боль – он имеет право на обезболивание.



## Раздел 3. Право на выбор медицинской организации и врача

При оказании пациенту медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации и на выбор врача с учетом согласия врача. Выбор медицинской организации осуществляется в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, т.е. Минздравом России. Исключением из этого правила является выбор медицинской организации гражданами, проживающими в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работниками организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда. Для них порядок выбора медицинских организаций устанавливает Правительство Российской Федерации.

*Особенности выбора медицинской организации и врача, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.* Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу. Однако это можно делать не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор врача-терапевта (врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера). Участкового врача (фельдшера) можно менять не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации). Для выбора врача (фельдшера) пациент лично или через своего представителя подает заявление на имя руководителя медицинской организации. Принимая решение о переприкреплении пациента к другому врачу, руководитель организации должен получить согласие этого врача. За рубежом практика отказа врачей от обслуживания пациентов на участке является довольно распространенной. Так, недавно популярная британская газета «The Telegraph» сообщила, что один из врачей общей практики исключил одного из списка своих пациентов за оскорбительную запись в сервисе микроблогов Твиттер.

*Особенности выбора при получении специализированной помощи.* Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае если в реализации территориальной программы государственных гарантий принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации.

Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.

*Особенности выбора медицинской организации за пределами территории проживания пациента. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий выбор медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, осуществляется в порядке, утвержденном приказом Минздрава РФ от 21.12.2012 № 1342н (см. приложение к разделу).*

При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации.

*О праве пациента отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи. При оказании медицинской помощи в рамках практической подготовки медицинских работников пациент должен быть проинформирован об участии обучающихся в оказании ему медицинской помощи и вправе отказаться от участия обучающихся в оказании ему медицинской помощи. В этом случае медицинская организация обязана оказать такому пациенту медицинскую помощь без участия обучающихся.*

*Приложение*

**Приказ  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
от 21 декабря 2012 г. № 1342н**

**«Об утверждении порядка выбора гражданином  
медицинской организации (за исключением случаев  
оказания скорой медицинской помощи) за пределами  
территории субъекта Российской Федерации, в котором  
проживает гражданин, при оказании ему медицинской помо-  
щи в рамках программы государственных гарантий бесплат-  
ного оказания медицинской помощи»**

В соответствии с частью 6 статьи 21 Федерального закона от 21 ноября 2012 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3446) приказываю:

Утвердить порядок выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи согласно приложению.

**Министр В.СКВОРЦОВА**

## **Порядок выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**

1. Настоящий Порядок регулирует отношения, связанные с выбором гражданином\* медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. Действие настоящего Порядка не распространяется на отношения по выбору медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.

3. Выбор или замена медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, осуществляется гражданином, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия – его родителями или другими законными представителями) (далее – гражданин), путем обращения в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь.

4. При выборе медицинской организации для оказания медицинской помощи за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им медицинскую организацию (далее – медицинская организация, принявшая заявление) с письменным заявлением о выборе медицинской организации (далее – заявление), которое содержит следующие сведения:

- 1) наименование и фактический адрес медицинской организации;
- 2) фамилия и инициалы руководителя медицинской организации;
- 3) информация о гражданине: фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; место рождения; гражданство;

---

\* Настоящий порядок также распространяется на иностранных граждан и лиц без гражданства, проживающих в Российской Федерации.

данные документов, предъявляемых согласно пункту 5 настоящего Порядка; адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника;

место регистрации (по месту жительства или месту пребывания); дата регистрации; контактная информация;

4) информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе):

фамилия, имя, отчество (при наличии); отношение к гражданину;

данные документа, предъявляемого согласно пункту 5 настоящего Порядка; контактная информация;

5) номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина;

6) наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином;

7) наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления;

8) фамилия, имя, отчество (при наличии) выбранного врача (вносится согласно пункту 6 настоящего Порядка);

9) подтверждение факта ознакомления с информацией, указанной в пункте 6 настоящего Порядка (вносится согласно пункту 6 настоящего Порядка).

5. При подаче заявления предъявляются оригиналы или их заверенные копии следующих документов:

1) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации: свидетельство о рождении; документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка; полис обязательного медицинского страхования ребенка; страховой номер индивидуального лицевого счета застрахованного лица (далее – СНИЛС) (при наличии);

2) для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше:

паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта;

полис обязательного медицинского страхования;

СНИЛС (при наличии);

3) для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»\*:

удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении

\* Федеральный закон от 19 февраля 1993 г. № 4528-1 «О беженцах» (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, № 26, ст. 2956; 1998, № 30, ст. 3613; 2000, № 33, ст. 3348; № 46, ст. 4537; 2003, № 27, ст. 2700; 2004, № 27, ст. 2711; № 35, ст. 3607; 2006, № 31, ст. 3420; 2007, № 1, ст. 29; 2008, № 30, ст. 3616; 2011, № 1, ст. 29; № 27, ст. 3880; 2012, № 10, ст. 1166).

статуса беженца, поданной в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации\*;

полис обязательного медицинского страхования;

СНИЛС (при наличии);

4) для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

вид на жительство;

полис обязательного медицинского страхования; СНИЛС (при наличии);

5) для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

вид на жительство;

полис обязательного медицинского страхования; СНИЛС (при наличии);

6) для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:

паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

полис обязательного медицинского страхования;

СНИЛС (при наличии);

7) для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;

полис обязательного медицинского страхования;

СНИЛС (при наличии);

\* Приказ Федеральной миграционной службы от 5 декабря 2007 г. № 452 «Об утверждении Административного регламента Федеральной миграционной службы по исполнению государственной функции по исполнению законодательства Российской Федерации о беженцах» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 февраля 2008 г., регистрационный номер № 11209).

8) для представителя гражданина, в том числе законного:

документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий полномочия представителя (в том числе доверенность);

9) в случае изменения места жительства – документ, подтверждающий факт изменения места жительства\*.

6. При выборе медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи), медицинская организация знакомит гражданина с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому, с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа), в том числе территориальной программой обязательного медицинского страхования.

После ознакомления с вышеуказанной информацией гражданин подтверждает факт ознакомления посредством внесения записи в заявление и указания фамилии, имени и отчества (при наличии) выбранного врача.

7. После получения заявления медицинская организация, принявшая заявление, в течение двух рабочих дней направляет письмо посредством почтовой связи, электронной связи о подтверждении информации, указанной в заявлении, в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления.

8. Медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение двух рабочих дней с момента получения письма, указанного в пункте 7 настоящего Порядка, направляет соответствующую информацию письмом посредством почтовой связи, электронной связи в медицинскую организацию, принявшую заявление.

9. В течение двух рабочих дней после подтверждения медицинской организацией, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении, уполномоченный представитель медицинской организации, принявшей заявление, информирует гражданина в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии гражданина на медицинское обслуживание с учетом согласия врача и соблюдения сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

10. В течение трех рабочих дней после информирования гражданина о принятии его на медицинское обслуживание медицинская организация,

---

\* В случае замены медицинской организации чаще одного раза в год.

принявшая заявление, направляет в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в страховую медицинскую организацию и территориальный фонд обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи в соответствии с данными полиса обязательного медицинского страхования уведомление о принятии гражданина на медицинское обслуживание.

11. После получения уведомления, указанного в пункте 10 настоящего Порядка, медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение трех рабочих дней снимает гражданина с медицинского обслуживания и направляет заверенную медицинской организацией копию медицинской документации гражданина в медицинскую организацию, принявшую заявление.

12. Выбор медицинской организации при оказании специализированной медицинской помощи в плановой форме осуществляется по направлению на оказание специализированной медицинской помощи (далее – направление), выданному лечащим врачом выбранной гражданином медицинской организации, принявшей заявление, которое содержит следующие сведения:

1) наименование медицинской организации (из числа участвующих в реализации территориальной программы), в которую направляется гражданин, которому должна быть оказана специализированная медицинская помощь;

2) дата и время, в которые необходимо обратиться за получением специализированной медицинской помощи с учетом соблюдения сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой.

13. При выдаче направления лечащий врач обязан проинформировать гражданина о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, в которых возможно оказание медицинской помощи с учетом сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой.

14. В случае если гражданин выбирает медицинскую организацию, в которой срок ожидания специализированной медицинской помощи превышает срок ожидания медицинской помощи, установленный территориальной программой, лечащим врачом делается соответствующая отметка в медицинской документации.

## Раздел 4. Врачебная тайна

*Вопрос читателя.* Один человек украл у врача медицинскую карту его пациента. Изучил ее и теперь распространяется среди друзей о прочитанном содержимом медкарты. Можно ли привлечь его к ответственности? А врача?

Чтобы ответить на вопрос, необходимо разобраться с тем, что такое врачебная тайна, кто обязан ее соблюдать, какую ответственность несет тот, кто обязан был хранить, но нарушил врачебную тайну.

### Что такое врачебная тайна и кто ее должен соблюдать?

Первым известным письменным источником, где сформулирован принцип врачебной тайны, является клятва Гиппократата. В ней сказано: «Что бы при лечении, а также и без лечения, я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной». Обратим внимание на содержание сведений, которые Гиппократат клянется не разглашать – оно не ограничено чисто медицинской информацией, полученной в ходе оказания медицинской помощи. Речь идет о любой личной информации, полученной врачом в самых разных обстоятельствах жизни пациента. В последующие века врачи сузили перечень сведений, составляющих врачебную тайну. В Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» (в дальнейшем – «Основы») определен состав сведений, составляющих врачебную тайну.

#### **Врачебную тайну составляют:**

- информация о факте обращения за медицинской помощью;
- информация о состоянии здоровья гражданина;
- информация о диагнозе заболевания;
- иные сведения, полученные при обследовании и лечении гражданина.

Как видно, из перечня сведений, составляющих врачебную тайну, исключены сведения, полученные вне профессионального поля деятельности медицинского работника.

Термин «врачебная тайна» не означает, что соблюдать ее должны только врачи. Она должна соблюдаться всеми лицами, которым стали известны сведения, составляющие врачебную тайну, во время обучения, при исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей. Учитывая, что в число таких лиц входят медицинские работники разных профессий и специальностей, высказывались предложения переименовать врачебную тайну в медицинскую, однако они не получили поддержки у законодателей.

Важной особенностью врачебной тайны является то, что она распространяется и на умерших пациентов.



## Правовые основы врачебной тайны

Новейшая история законодательного регулирования врачебной тайны в России насчитывает двадцать лет: 12 декабря 1993 г. была принята Конституция Российской Федерации, которая сформулировала правовые основы для защиты врачебной тайны. Часть 1 статьи 23 Конституции РФ устанавливает право каждого гражданина на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну. Врачебная тайна, являясь личной тайной, доверенной врачу, относится к так называемым профессиональным тайнам. Право на неразглашение врачебной тайны принадлежит к числу основных конституционных прав человека и гражданина.

22 июля 1993 г. был утвержден ФЗ № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», определивший объем сведений, составляющих врачебную тайну. Интересно, что статья о врачебной тайне была размещена в разделе «Права медицинских работников».

Закон запрещал разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым эти сведения стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, специально оговоренных законом. Было определено, что с согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях. Закон устанавливал перечень случаев, когда допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя. Этот перечень являлся исчерпывающим и не подлежал расширительному толкованию.

В настоящее время действует новый закон – № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В нем расширен перечень случаев, в которых допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента (см. п. 4 ст. 13 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»):

1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 настоящего Федерального закона;

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 условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 настоящего Федерального закона, а

также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, 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, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации 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 в соответствии с настоящим Федеральным законом.

## Юридическая ответственность за разглашение врачебной тайны

### Гражданская ответственность

Ст. 150 главы 8 Гражданского кодекса РФ (далее – ГК РФ) дает определение личной тайны. Там сказано, что личная тайна относится к нематериальным (неимущественным) благам человека, неотчуждаемым и непередаваемым иным способом. Врачебная тайна, как было сказано выше, относится к одной из разновидностей личной тайны. Ст. 151 ГК РФ определяет, что если вследствие разглашения личной, в том числе и врачебной, тайны гражданину был причинен моральный вред, то суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации такого вреда. При этом следует учитывать, что под **моральным вредом понимаются физические или нравственные страдания гражданина**, претерпеваемые им вследствие нарушения нематериальных благ или личных неимущественных прав. Глава 59 ГК РФ конкретизирует положения ст. 151 и в ст. 1064 указывает, что вред, причиненный личности гражданина, подлежит возмещению в полном объеме.

Кто должен возмещать ущерб за разглашение врачебной тайны: работник, нарушивший тайну, или его работодатель? Согласно ст. 1068 ГК РФ юридическое лицо обязано возместить вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей, независимо от того, выполнял ли работник работу на основании трудового

договора (контракта) или по гражданско-правовому договору. При этом согласно ст. 1081 ГК РФ работодатель, возместивший вред, причиненный работником (врачом или медицинской сестрой), имеет право обратного требования (регресса) к этому лицу (врачу или медсестре) в размере выплаченного возмещения.

Вместе с тем многие юристы полагают, что действующее законодательство, в частности «Основы», однозначно указывают в качестве субъекта ответственности за разглашение врачебной тайны не медицинское учреждение (предприятие, организацию), а именно медицинского работника, обязанного сохранять в тайне сведения, составляющие врачебную тайну. Таким образом, имеется некоторое противоречие, которое может быть разрешено только в ходе судебной практики.

### **Уголовная ответственность**

Помимо гражданско-правовой, законодательство устанавливает и уголовную ответственность за разглашение врачебной тайны. Действующий УК РФ предусматривает ответственность за распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную тайну, если эти деяния совершены из корыстной или иной личной заинтересованности и причинили вред правам и законным интересам граждан. Совершение этого деяния лицом с использованием своего служебного положения (а ответственность за разглашение врачебной тайны лежит на лицах, которым она стала доступна именно в силу служебного положения) влечет уголовное наказание в виде штрафа, либо лишения права занимать определенные должности или заниматься медицинской деятельностью на определенный срок, либо арестом на срок от четырех до шести месяцев.

Кроме того, ответственность вследствие разглашения врачебной тайны может наступить и в соответствии со ст. 286 УК РФ «Превышение должностных полномочий». Однако деяние, предусмотренное этой статьей, может быть вменено только должностному лицу государственного или муниципального медицинского учреждения, несанкционированно разгласившему сведения, составляющие врачебную тайну, так как здесь речь идет о незаконном нарушении неприкосновенности должностной (служебной) тайны. В отношении врачебного и иного персонала государственных или муниципальных медицинских учреждений, не являющихся должностными лицами, а также в отношении должностных лиц и иных сотрудников частных или ведомственных медицинских предприятий (учреждений) уголовное преследование по данному составу преступления исключено.

## **Как информировать родных и близких и при этом не нарушать врачебной тайны?**

Нарушение врачебной тайны чаще всего происходит, когда пациент находится в стационаре и родственники, друзья и знакомые интересуются состоянием его здоровья. Их тревога объяснима, однако информация о диагнозе заболевания и

иные сведения, полученные при обследовании и лечении гражданина, составляют врачебную тайну и не могут быть разглашены без согласия самого пациента.

В настоящее время руководители стационаров пытаются разработать и внедрить некоторые процедуры, которые позволят обеспечить сохранение врачебной тайны при общении с родными и близкими пациентов. Так, в ряде стационаров уже при поступлении больного в приемном отделении в историю болезни вклеивают дополнительную страницу, где фиксируется распоряжение пациента в отношении соблюдения врачебной тайны. Пациент может разрешить сообщать информацию о его поступлении в стационар и местонахождении, а также о состоянии его здоровья всем, кто запросит эту информацию, без ограничений. Он может ограничить список лиц, которым эта информация может быть раскрыта. И, наконец, он может категорически запретить сообщать что-либо о себе, кто бы этим ни интересовался. Соответствующая информация о распоряжении пациента передается в справочный стол. Если в палатном отделении появляются посетители и спрашивают, где лежит больной N, медсестра должна узнать о том, какое распоряжение в отношении врачебной тайны сделал этот пациент. Если пациент ограничил число лиц, допущенных к его тайне, медицинский работник должен удостовериться, что разговаривает именно с теми лицами, которых поименовал пациент. Грубой ошибкой является разговор с посетителем, представившимся родственником пациента, без установления его личности.

В случае если больной поступает в тяжелом состоянии и не может отдать распоряжение о врачебной тайне, об этом необходимо сделать соответствующую пометку в истории болезни. В медицинской организации должна быть разработана процедура информирования родных и близких таких больных. Иногда родные пациента самостоятельно, без медсестры, сопровождают его в какой-нибудь кабинет для обследования, лечения или консультации. При этом им на руки может быть дана история болезни. Безусловно, такая ситуация может привести к нарушению врачебной тайны. Вместе с тем совершенно недопустимо отказывать в информации лицам, потерявшим своих близких и ищущих их, обзванивая больницы. Между тем такие случаи встречаются, и нередко. Необходимо разработать соответствующие процедуры и соблюдать их.

Серьезной проблемой является информирование родных и близких при неблагоприятном прогнозе заболевания. При неблагоприятном прогнозе развития заболевания информация об этом должна быть сообщена в деликатной форме самому гражданину, а также членам его семьи, если сам пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация. Следует обратить внимание на то, что во всех остальных случаях информация без согласия пациента не может разглашаться вовсе. Здесь же для неразглашения сведений должно быть не просто отсутствие согласия пациента, но и прямо выраженный запрет пациента на предоставление информации о неблагоприятном прогнозе развития заболевания членам его семьи. Следует отметить, что под членами семьи в данном случае понимаются супруг (супруга), совершеннолетние дети, родители, братья и сестры пациента.

## Судебные истории о разглашении врачебной тайны

В Нижнем Тагиле вынесен приговор по делу о вмешательстве в частную жизнь. На скамье подсудимых оказалась медицинская сестра поликлиники УВД города. Ее обвинили по ч. 2 ст. 137 УК РФ (незаконное соби́рание сведений о частной жизни лица, совершенное с использованием служебного положения). Суд установил, что медсестра неправомерно завладела медицинской картой одного из руководящих сотрудников местного подразделения ГИБДД. Зачем медсестре понадобились сведения о частной жизни другого лица, в ходе расследования установить не удалось. Суд признал медсестру виновной и назначил ей наказание в виде штрафа в размере 100 тыс. рублей.

За разглашение конфиденциальной информации суд приговорил к штрафу в 50 тыс. рублей заведующего городской станции скорой помощи Г., который давал своим подчиненным указания сообщать об умерших или тяжелобольных людях ритуальной компании. Дело было возбуждено следственной частью СУ МВД России. По версии следствия Г. давал рядовым врачам и фельдшерам указание передавать заинтересованной ритуальной компании сведения о фактах обращения граждан в «скорую» и о местонахождении умерших или находящихся в опасном для жизни состоянии пациентов. Таким образом, он помогал ритуальной компании найти потенциального заказчика. Это продолжалось почти полгода – врачи учреждения сообщали ритуальной компании о более чем 500 фактах обращения граждан. За каждый такой сигнал медики получали вознаграждение. В июне 2010 г. Г. был задержан сотрудниками ГУВД по Нижегородской области при передаче ему денежной суммы в размере 60 тыс. рублей. Во время задержания обвиняемый пояснил, что 60 тыс. рублей он получил за 2 месяца «работы». Но на предварительном следствии отказывался от дачи показаний и свою вину не признавал.

**Ответ на вопрос читателя.** Познакомившись с судебной практикой, мы можем ответить на вопрос об ответственности человека, выкрывшего медицинскую карту и распространявшего информацию, содержащуюся в ней. Этот человек, судя по вопросу, не является медицинским работником, и, значит, на него не распространяются положения законодательства, регулирующие врачебную тайну. Однако он разглашал личную тайну и должен нести за это ответственность. Что же касается врача, у которого похищена медицинская карта, то здесь можно ставить вопрос о гражданской ответственности и попробовать составить гражданский иск к медицинской организации, которая обязана обеспечивать сохранность сведений, составляющих врачебную тайну.

# Раздел 5. Право на информацию о состоянии здоровья

## Правовое регулирование информирования пациентов

Каждый имеет право получить правдивую информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном 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 должна предоставляться в доступной для больного форме. Информацию пациенту предоставляет его лечащий врач или другие медицинские работники, осуществляющие его лечение. Следует отметить, что несовершеннолетние дети тоже имеют право на правдивую информацию о своем здоровье (см. ст. 54 «Основ»). Если пациент недееспособен, информация предоставляется его опекуну.

Следует учитывать, что далеко не все больные хотят знать правду о своем диагнозе и прогнозе. На этот случай законодатель предусмотрел норму, согласно которой информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. От врача требуется большая чуткость, чтобы установить истинную волю больного, который часто, требуя на словах правды, на самом деле боится ее и не хочет знать. Если медицинский работник сомневается, он может прибегнуть к помощи психолога. Сообщение больному информации о его здоровье против его воли, если после этого больной покончил с собой (или пытался совершить суицид), может рассматриваться как доведение до самоубийства и караться по закону.

В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться пациенту в деликатной форме. Допускается информирование о неблагоприятном прогнозе близких родственников, если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

Пациент (его законный представитель) имеет право знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Он также имеет право на получение медицинских документов, их копий и выписок из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

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

*Больная К., 55 лет, поступила в клиническую больницу с обострением хронического пиелонефрита. Во время обследования был выявлен камень в правой почке размерами 2х3 см, нарушающий отток мочи из почечной лоханки, в результате чего развился гидронефроз почки. Назначена терапия ненаркотическими анальгетиками, антибиотиками, спазмолитиками. После проведенного лечения состояние больной улучшилось, и она была выписана под наблюдение уролога в поликлинике по месту жительства. Лечащий врач в связи с чрезмерной занятостью при выписке больной не объяснил ей возможные последствия заболевания, необходимость хирургического лечения. При последующем обострении мочекаменной болезни прогрессирующий гидронефроз привел к гибели почки и необходимости ее удаления. Между тем своевременная информация о заболевании и его последствиях позволила бы удалить камень из почки с сохранением важного органа.*

## **Нужно ли сообщать правду безнадежным больным?**

Право больного на информацию о своем здоровье ставит перед медицинским персоналом важную этическую проблему: не жестоко ли сообщать больному правду при безнадежном прогнозе?

В советское время говорить правду безнадежным больным было запрещено. У этого запрета были свои основания и аргументы. Так, например, считалось, что страх смерти приближает смерть, ослабляя организм в его борьбе с болезнью. Страх смерти и предшествующих ей страданий мог подтолкнуть человека к самоубийству. Как следствие советского врача не учили говорить с безнадежным пациентом. Такие пациенты с их реальными проблемами как бы выпадали из сферы внимания медицинских работников. Не зная правды о своем здоровье, эти больные не могли требовать более действенного лечения.

В это же самое время наши зарубежные коллеги относились к этой проблеме иначе. Так, в книге Э.Кэмпбелла, Г.Джиллетта, Г.Джонса «Медицинская этика» есть такие слова: «Нам следует готовить наших пациентов к окончанию жизни, будучи абсолютно честными с ними в отношении того, что их ожидает... Наихудшая ситуация в медицинской практике – это ужасная сеть обмана, которую часто сплетают вокруг умирающего пациента. Такое поведение оправдывают добротой, но, если быть честными, большинство медицинских работников признаются, что мотивом чаще всего является нежелание сообщать людям плохие новости...» И далее: «Честность не означает, что мы должны быть резки и безжалостны по отношению к пациентам. При уходе за умирающим честность неотделима от мягкости и сострадания. Мы должны помнить, что лишь надежда, какой бы призрачной она ни была, поддерживает пациента в болезни, и эту надежду никогда нельзя разрушать полностью. На самом деле эта надежда иногда вполне обоснована, даже если шансы иллюзорны». Практически каждый врач мог бы рассказать не одну историю болезни и поистине чудесного ее преодоления.

Прошли годы, в нашей стране многое изменилось. Среди прочего произошли кардинальные изменения в законодательстве о здравоохранении. Одна из таких перемен – признание права больного на правдивую информацию об его здоровье. Несмотря на изменения в законодательстве, у многих до сих пор имеются сомнения, всегда ли стоит говорить больным правду. Это принципиальнейший вопрос, который требует особо внимательного рассмотрения.

Чтобы понять суть проблемы, вспомним, что среди наших пациентов много христиан или людей, воспитанных в христианской традиции, и постараемся понять, как христианство относится к проблеме правдивого информирования безнадежного больного? Христианство рассматривает умирание как одну из стадий жизни и считает, что ложь «лишает личность решающего итогового момента прожитой жизни и тем самым изменяет состояние и качество человеческой жизни не только во времени, но и в вечности». Христианство придает особое значение последней части жизненного пути, так как состояние души во время смерти фиксируется в вечности. Христиане верят, что болезни, которые им посылаются перед смертью, дают возможность остановиться среди суеты жизни и подумать. Среди таких болезней, которые дают нам шанс осознать смысл бытия, – онкологические заболевания. Перед смертью человек начинает осознанно подходить к жизни, понимать всю целесообразность происходившего и происходящего с ним сейчас.

Приемлем ли аналогичный подход для тех, кто не разделяет христианских ценностей? На наш взгляд, вряд ли целесообразно оспаривать тот факт, что человек имеет право на самоопределение, право на самопознание и познание смысла жизни. Человек стремится познать, для чего он живет. Но его представления об этом в течение жизни меняются. В отрочестве и в юношестве человек видит целью своей жизни получение образования, каких-то умений и навыков, опыта. По достижении этого он ставит другую цель и стремится к ней. Часто целью становятся карьера, квалификация, воспитание детей. Нередко целью жизни становятся удовольствия, которые имеют обыкновение приедаться. И тогда человек пускается на поиски новых удовольствий. И эта гонка не прекращается. И только перед чем-то неизбежным и в то же время ужасающим мы можем остановиться и подумать. Только тогда мы вполне реально осознаем тленность окружающих нас вещей, самих себя, обманчивость чувственных наслаждений и приближаемся к пониманию действительного смысла нашей жизни. Этим неизбежным и ужасающим событием в нашей жизни является смерть. Именно перед лицом смерти человек может полностью поменять свои воззрения и миропонимание. Это ситуация переосмысления прожитого, переоценки ценностей, пересмотра системы приоритетов. В этой ситуации человек нередко впервые обретает способность задуматься о смысле своей жизни и о ее результатах. Это время откровения, время осознания истинного положения вещей. Очень часто это приводит человека к покаянию и примирению – с людьми и со своей болью. Перед лицом смерти человек способен на короткое, но плодотворное время осмысленной жизни. Может ли врач лишать человека такой возможности?



Безусловно, не все наши больные – христиане. Однако следует отметить, что по результатам социологических опросов последних лет 80% населения полагают, что религия играет в их жизни важную роль и, по сути, российская культура типологически остается христианской. Столь высокий процент является достаточно веским аргументом, и врач не имеет права с ним не считаться. Вероятно, именно поэтому законодатель посчитал, что правдивость врача гораздо лучше лживости, что хороша та смерть, которая происходит в стадии «принятия» смерти, в так называемой стадии «примирения». Действительно, чем больше борется больной за свою жизнь, тем труднее ему умирать, и чем активнее борьба, тем труднее наступление смерти.

Однако среди наших больных много тех, кто категорически не хочет знать правды. Именно для них законодатель ввел специальную норму: медицинский работник не имеет права сообщать больному информацию о его здоровье против его воли.

## **Проблема ценности доверия пациента к врачу**

Проблема правдивого информирования больных имеет еще один немаловажный аспект. Говоря неправду, доктор рискует потерять доверие пациента, которое играет отнюдь не последнюю роль в процессе лечения. Так, выдающийся врач XVI в. Кардано рассматривал доверие как необходимую часть любого терапевтического воздействия. Успех в лечении во многом зависит от доверия: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше». Несложно и нам оценить ценность доверия. Даже такая простая вещь, как прием таблеток и исполнение назначений, не может быть осуществлена без него. Подозрительность больного будет обесценивать не только сочувствие и сострадание, но и всякое доброе слово, обращенное к нему. Потеря доверия одного пациента повлечет за собой потерю доверия других больных. К возникающей тревоге недоверия присоединяется тревога за свое состояние, за правильность лечения. Потеря доверия оборачивается как резким снижением положительного эффекта лечения, так и риском для врача потерять многих пациентов (что особенно существенно в условиях частной врачебной практики).

Крайне важно, что, не зная истинного своего состояния и не осознавая опасности положения, больной может отказаться от лечения. Это очень часто происходит, когда онкологическое заболевание выявлено, к примеру, на 1–2-й стадии и не беспокоит человека. Но именно на начальных стадиях эффективность лечения максимальна. Для сотрудничества с врачом больной должен знать истинное положение вещей. Получается, что врач, скрывая правдивый диагноз, сам подталкивает человека к смерти, нарушая тем самым один из принципов биомедицинской этики – «не навреди».

Все перечисленное свидетельствует, что знание правды – одна из основных потребностей человека. Каждому из нас знакомо то подавленное настроение, состояние разочарованности, а в некоторых случаях и отчаяния, когда мы понимаем, что нам говорят неправду. Больные (по сути, являющиеся духовно

40

нездоровыми людьми) особенно чувствительны ко злу и поэтому особенно нуждаются в добре, в правде, в любви и т.д. Ложный диагноз часто вместо духовного роста приводит к деградации и личности пациента, и личности врача.

Гармония в отношениях «врач – пациент» разрушается. С исчезновением доверия, любви, сострадания и сочувствия происходит растворение глубокого морального смысла врачевания. Но профессионализм врача означает не только умение назначить правильное лечение, но и четкость, безукоризненность нравственных отношений с пациентом. Значит, высокий уровень профессионализма не может быть достигнут без правдивости врача.

## **Ложь и опасность деградации личности медицинского работника**

Стоит отметить негативное влияние неправды не только на уровень профессионализма, но и на личность медицинского работника, нравственные качества которого, как указывалось выше, играют не последнюю роль в лечении больного. Ложь ввергает начинающего врача или медицинскую сестру в состояние дискомфорта, в ту необычайно запутанную сеть уловок и уверток, которые ему приходится постоянно выдумывать, когда он не говорит правду. Опасность постепенной деградации личности в этом случае очевидна.

Примеров подобной деградации личности множество. Вспомним эпиграф к повести Н.С. Лескова «Леди Макбет Миенского уезда»: «Перву песенку зардевшись спеть», т.е. первую песенку всегда поют, стесняясь и краснея. Главная героиня произведения Екатерина Измайлова первое преступление осуществляет робко, «неумело». Преступив порог совести и встав на стезю неправды, последующие свои преступления она совершает хладнокровно.

Не грозит ли ложь личности врача и медицинской сестры? Ведь, разрушая в своем сознании истинность принципа правды и подменяя его «ложью во спасение», они встают на путь последовательного приобретения тех качеств, которые характерны для лжи. С каждой новой порцией лжи умалется любовь, а вслед за ней – сострадание, сочувствие, милосердие.

Что проще сказать больному с высоким артериальным давлением: «У вас все в порядке?» или «У вас повышено давление, давайте подумаем, что сделать, не беспокойтесь – я буду с вами, пока ситуация не нормализуется и т.п.»? Безусловно, проще солгать. Однако со временем внутреннее разрешение говорить неправду может привести к разрешению делать и другое зло. Деградация личности, начавшись с малого, таит в себе опасность роста.

Ложь унижает человеческое достоинство медицинского работника, в итоге усложняя отношения между людьми. Действительно, разрушение личности обязательно скажется и сказывается на окружающих. Это не может не проявиться в нарушении гармонии в семье, в отношениях с коллегами. Как правило, следствием подобных нарушений выступает постоянная неудовлетворенность собой, работой, окружающими, жизнью.

Зло, как известно, умножает зло. Ложь, отрицательно влияя на больного, не позволяя ему духовно вырасти и спокойно умереть, разрушает и личность самого медицинского работника, унижая его человеческое достоинство. Мы надеемся, что наши рассуждения будут способствовать критическому отношению к тому, что ложь является единственным выходом, который есть у врача или медицинской сестры, находящихся у постели умирающего.

## **Процедурные вопросы**

Процедуры информирования больного и предоставления ему для ознакомления медицинской документации должны быть тщательно разработаны. Медицинский персонал должен быть обучен соответствующим образом. В настоящее время разрабатывается и, вероятно, в ближайшее время вступит в действие приказ Минздрава РФ о порядке допуска пациентов к ознакомлению с медицинской документацией. Врачи должны проинструктировать медсестер о том, как они должны отвечать на вопросы пациентов об их здоровье, результатах анализов, о назначенных лекарствах и проводимых процедурах. Если на каждый вопрос пациента медсестра будет отсылать его к врачу, это снизит авторитет медсестры. Здесь необходим взвешенный подход.

# Раздел 6. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

## Общее понятие об информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство

Одно из важнейших прав личности в современном обществе – ее автономия, означающая признание личной и физической неприкосновенности человека. Следствием этого права личности является право пациента самому принимать решение о медицинских вмешательствах, которые ему предстоят. Это право называют правом на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Суть указанного права заключается в том, что любое медицинское вмешательство в человеческий организм возможно только после получения от пациента согласия на это вмешательство, в противном случае действия медицинского работника следует расценивать как насилие над личностью и причинение телесных повреждений. Поскольку пациент не является специалистом в области медицины, для принятия взвешенного решения и согласия на медицинское вмешательство ему необходима информация о сути вмешательства, последствиях, рисках, возможных альтернативных методах лечения. Предоставить пациенту такую информацию может только профессионал – исполнитель медицинской услуги, на которого закон и возлагает обязанность информировать пациента.

Согласие пациента на медицинское вмешательство не влечет освобождения исполнителя медицинской услуги от ответственности за ненадлежащее ее оказание. Другими словами, если пациент согласился на вмешательство, это еще не означает, что лечебное учреждение и медработник с этого момента не несут ответственности за последствия лечения.

Согласие на медицинское вмешательство, как правило, оформляется письменно в виде записи в медицинской документации (истории болезни) либо в виде отдельного документа, который подписывает больной.

В случаях когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум или лечащий врач.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители, а при отсутствии таковых решение принимает консилиум или лечащий врач.

### **Пример жалобы пациента**

*В ответ на просьбу больного, страдающего сильными болями, вызванными обострением радикулита, назначить промедол врач обещал*

ему сделать это, но назначил анальгин с димедролом. При этом он отдал распоряжение медсестре не говорить больному, что ему назначено. Медсестра так и сделала. Больной спросил, что ему будут делать, медсестра не ответила. Больной отказывался соглашаться на инъекцию, про которую ему ничего не говорят, но потом из-за сильных болей сдался. А через несколько минут после инъекции у больного развилась анафилактическая реакция, его перевели в реанимационное отделение.

При разборе жалобы пациента, который, к счастью, выжил, виновной была признана медсестра, которая практически вынудила больного дать согласие на инъекцию, не предоставив ему информацию о вводимом препарате. Между тем раньше у больного уже была реакция на димедрол. С большим трудом больнице удалось избежать судебного иска.

## **Отказ от медицинского вмешательства**

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев оказания медицинской помощи лицам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, или лицам, совершившим общественно опасное деяние.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником. Необходимо отметить, что при отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

Ниже приводятся примеры, когда медработники формально подошли к отказу пациентов от медицинской помощи, что стало причиной смерти больных. Во всех случаях суд признал медработников виновными в причинении смерти по неосторожности.

### **Судебные истории**

Фельдшер, придя на дом к заболевшему ребенку, заподозрила у него пневмонию и предложила родителям госпитализацию. Однако родители, будучи не вполне трезвыми, от госпитализации отказались. Фельдшер взяла с них расписку. На следующий день ребенку стало хуже, родители вызвали «скорую», однако еще до ее прибытия ребенок умер. Бабушка ребенка подала на фельдшера в суд. При этом соседи подтвердили, что в момент вызова, при предоставлении расписки родители ребенка были пьяны. Суд признал фельдшера виновной.

*В приемное отделение поступил больной с влажной гангреной нижней конечности. Врач сказал, что ему предстоит ампутация. Больной заявил, что он категорически отказывается от операции. Врач потребовал расписки об отказе от операции и сказал: «Раз не хотите лечиться, вам нечего делать в стационаре». Больной был отправлен домой. Хирург поликлиники также отказался лечить его, так как он отказался от госпитализации, и тоже взял с него расписку. Через 2 недели больной умер. Родственники подали в суд. Они резонно заявили, что врачи могли попробовать лечить гангрену без ампутации. Суд признал их правоту: отказ от конкретного вмешательства не означает отказа от медицинской помощи вообще.*

## **Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан**

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

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей – судом. Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регулируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом о психиатрической помощи. Для того чтобы принудительное помещение в психиатрическую лечебницу считалось законным, необходимо выполнить три требования:

- во-первых, за исключением чрезвычайной ситуации, объективная медицинская экспертиза должна со всей обоснованностью сделать заключение, что человек действительно страдает психическим заболеванием;
- во-вторых, психическое заболевание должно иметь такую степень тяжести, которая делает необходимым принудительное помещение в психиатрическую лечебницу;
- в-третьих, в течение принудительного нахождения в больнице психическое заболевание должно сохраняться.

В отношении лиц, совершивших общественно опасное деяние, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством РФ. Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия или по решению суда.

## Раздел 7. Обязанности пациентов

К сожалению, законодательство, регулирующее сферу здравоохранения, мало внимания уделяет обязанностям пациентов. Этой проблеме посвящена только одна статья «Основ». В ней говорится, что:

- граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья;
- в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры;
- граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний;
- граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

### Граждане обязаны заботиться о своем здоровье

Эта формулировка носит, по сути, декларативный характер. Действительно, на практике очень трудно представить себе ситуацию, в которой врач или кто бы то ни был смог бы доказать, что пациент не проявляет заботу о своем здоровье. Исключением могут быть признаны случаи злостного злоупотребления курением, алкоголем и т.п.

В приведенной статье нет требования заботиться о здоровье детей и подопечных (для опекунов). Вероятно, это можно признать недостатком закона.

### Обязанность проходить профилактические медицинские осмотры

В данном случае мы имеем дело именно с обязанностью, которая, во-первых, относится непосредственно к сфере медицинского права (говорит об обязанностях граждан, рассматривая их в качестве пациентов), во-вторых, закреплена в законодательстве последовательно и непротиворечиво, в-третьих, соответствует правам и свободам человека. Обратим внимание, что данная формулировка не противоречит праву пациента на отказ от проведения медицинских вмешательств: данная обязанность предусмотрена для строго определенных условий или обстоятельств. То есть речь идет о ряде профессий, которые в силу своей специфики могут представлять опасность для окружающих или для самого гражданина в случае наличия у него тех или иных заболеваний. В последнем случае прохождение медосмотра является частью квалификационных требований.

Наиболее дискутируемым в данном случае является вопрос об обязательности прививок в перечисленных выше случаях. В силу того, что речь идет

о реальных степенях риска для окружающих, законодатель имеет основания возложить на граждан при данных конкретных условиях проведение в обязательном порядке тех медицинских процедур, которые признаны на сегодняшний день официальной медициной действенными и полезными.

## **Находясь на лечении, пациент должен соблюдать режим лечения и правила внутреннего распорядка медицинских организаций**

Если пациент решил сознательно нарушить лечебный режим и не выполнять врачебных назначений, он имеет возможность сделать официальный отказ от медицинского вмешательства – здесь право на его стороне. Однако чаще больные нарушают режим, не касающийся медицинских вмешательств. Например, больной с острым инфарктом может нарушить постельный режим и пойти в туалет, больной с почечной недостаточностью выпить много жидкости и т.п. И здесь, если ему разъяснили важность соблюдения назначенных ограничений в доступной форме, но он все же решил нарушить их, никто не имеет права применить к нему насилие. Встает другой вопрос: может ли медработник или медучреждение в этом случае отказать пациенту в медицинской помощи? Вероятно, в экстренной ситуации, когда прекращение лечения угрожает здоровью пациента, отказ от лечения недопустим. Вместе с тем при плановом лечении, в особых ситуациях, такой отказ возможен. К примеру, если речь идет о принятии решения о пересадке печени больному, злоупотребляющему алкоголем. Второй вопрос: должен ли больной, нарушивший режим, нести ответственность за дополнительные затраты ресурсов, израсходованных медицинским учреждением в связи с необходимостью устранения последствий вреда здоровью, причиненного из-за нарушения лечебного режима? Действующее законодательство не дает прямого ответа на этот вопрос. Однако не исключено, что при подаче иска в суд против пациента он проиграет его страховой компании.

Обязанность соблюдать правила внутреннего распорядка медицинского учреждения со всей очевидностью проистекает из договорного характера отношений, в которые пациент вступает с ним. Пациент свободен согласиться или отказаться от лечения в данном медицинском учреждении, он имеет право на выбор такого учреждения – но, по собственному согласию вступив в отношения с тем или иным учреждением, он принимает на себя обязанность следовать установленным в нем правилам (разумеется, при их соответствии требованиям закона). В некоторых медицинских организациях Правила внутреннего распорядка предусматривают выписку пациентов за их грубое нарушение. К числу грубых нарушений могут быть отнесены следующие: грубое или неуважительное отношение к персоналу; нарушение охранительного режима (несоблюдение тишины во время отдыха), употребление алкоголя, курение, нецензурная брань; самовольное



оставление учреждения до завершения курса лечения; одновременное лечение в другом учреждении без ведома и разрешения лечащего врача, незаявленный отказ от приема лекарств (когда больные выбрасывают выданные им таблетки) и т.п.

**Граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний**

В данном случае речь идет о больных туберкулезом, психиатрическими заболеваниями и рядом других. При отказе от лечения в этих случаях возможно применение мер насильственного характера.

**Федеральный закон Российской Федерации № 323**  
от 21 ноября 2011 г.

**«Об основах охраны здоровья граждан  
в Российской Федерации»**  
(Извлечения, касающиеся прав и обязанностей пациентов)

**Глава 2. Основные принципы охраны здоровья**

**Статья 4. Основные принципы охраны здоровья**

Основными принципами охраны здоровья 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.

**Статья 5. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий**

1. Мероприятия по охране здоровья должны проводиться на основе признания, соблюдения и защиты прав граждан и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права.

2. 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.

3. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний.

**Статья 6. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи**

1. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем:

- 1) соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников 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 пациентов в медицинских организациях;

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.

2. В целях реализации принципа приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья, и медицинские организации в пределах своей компетенции взаимодействуют с общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья.

### **Статья 7. Приоритет охраны здоровья детей**

1. Государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей.

2. 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.

3. Медицинские организации, общественные объединения и иные организации обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья.

4. Органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской 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, 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.

5. Органы государственной власти Российской Федерации и органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии со своими полномочиями создают и развивают 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.

### **Статья 8. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья**

Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение, в

том числе за счет средств обязательного социального страхования, определения потребности гражданина в социальной защите в соответствии с законодательством Российской Федерации, в реабилитации и уходе в случае заболевания (состояния), установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных определенных законодательством Российской Федерации случаях.

### **Статья 9. Ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья**

1. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, медицинские организации и иные организации осуществляют взаимодействие в целях обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья.

2. 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.

### **Статья 10. Доступность и качество медицинской помощи**

Доступность и качество медицинской помощи 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 в соответствии с настоящим Федеральным законом;

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 медицинской помощи;

6) установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы 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.

### **Статья 11. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи**

1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

3. За нарушение предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи требований медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### **Статья 13. Соблюдение врачебной тайны**

1. 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.

2. Не допускается 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, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи.

3. 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.

4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 настоящего Федерального закона;

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 условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;

4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 настоящего Федерального закона, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, 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, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;

7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации 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 в соответствии с настоящим Федеральным законом.

## **Глава 4. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья**

### **Статья 18. Право на охрану здоровья**

1. Каждый имеет право на охрану здоровья.

2. Право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, 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.

### **Статья 19. Право на медицинскую помощь**

1. Каждый имеет право на медицинскую помощь.

2. Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

3. Право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, пользуются правом на медицинскую помощь наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

4. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам определяется Правительством Российской Федерации.

5. Пациент имеет право на:

1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;

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.

## **Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства**

1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство 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.

2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно 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 (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

3. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи. 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.

4. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в части 2 настоящей статьи, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

5. При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в части 2 настоящей статьи, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

6. Лица, указанные в частях 1 и 2 настоящей статьи, для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. 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.

8. Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

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 (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);

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.

10. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:

1) в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 настоящей статьи, – консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, – непо-



средственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство;

2) в отношении лиц, указанных в пунктах 3 и 4 части 9 настоящей статьи, – судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

11. К лицам, совершившим преступления, могут быть применены принудительные меры медицинского характера по основаниям и в порядке, которые установлены федеральным законом.

### **Статья 21. Выбор врача и медицинской организации**

1. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача. Особенности выбора медицинской организации гражданами, проживающими в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работниками организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

2. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, 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 (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

3. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

1) по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;

2) в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им в соответствии с частью 2 настоящей статьи, с учетом порядков оказания медицинской помощи.

4. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной программы

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5. Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.

6. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи выбор медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, осуществляется в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

7. При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть «Интернет»), о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации.

8. Выбор врача и медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста осуществляется с учетом особенностей оказания медицинской помощи, установленных статьями 25 и 26 настоящего Федерального закона.

## **Статья 22. Информация о состоянии здоровья**

1. 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 установленном 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.

2. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного в части 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

3. Информация о состоянии здоровья 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.

4. 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.

5. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

### **Статья 23. Информация о факторах, влияющих на здоровье**

Граждане имеют право 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 органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями, а также организациями в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

### **Статья 24. Права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья**

1. В целях охраны здоровья и сохранения способности к труду, предупреждения и своевременного выявления профессиональных заболеваний работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, работники, занятые на отдельных видах работ, проходят обязательные медицинские осмотры.

2. Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры, утверждает уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. В случае выявления при проведении обязательных медицинских осмотров медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, перечень которых устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, работник может быть признан врачебной

комиссией медицинской организации на основании результатов экспертизы профессиональной пригодности временно или постоянно непригодным по состоянию здоровья к выполнению отдельных видов работ.

4. В целях охраны здоровья работодатели вправе вводить в штат должности медицинских работников и создавать подразделения (кабинет врача, здравпункт, медицинский кабинет, медицинскую часть и другие подразделения), оказывающие медицинскую помощь работникам организации. Порядок организации деятельности таких подразделений и медицинских работников устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Работодатели обязаны обеспечивать условия для прохождения работниками медицинских осмотров и диспансеризации, а также беспрепятственно отпускать работников для их прохождения.

**Статья 25. Права военнослужащих и лиц, приравненных по медицинскому обеспечению к военнослужащим, а также граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу, граждан, подлежащих призыву на военную службу (направляемых на альтернативную гражданскую службу), и граждан, поступающих на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, на охрану здоровья**

1. Военнослужащие и лица, приравненные по медицинскому обеспечению к военнослужащим (далее – военнослужащие и приравненные к ним лица), а также граждане, проходящие альтернативную гражданскую службу, имеют право на прохождение военно-врачебной экспертизы для определения годности к военной службе или приравненной к ней службе и для досрочного увольнения с военной службы или приравненной к ней службы на основании заключения военно-врачебной комиссии.

2. Граждане, подлежащие призыву на военную службу или направляемые на альтернативную гражданскую службу, и граждане, поступающие на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, проходят медицинское освидетельствование в порядке, предусмотренном статьей 61 настоящего Федерального закона, и имеют право на получение полной информации о медицинских противопоказаниях для прохождения военной службы или приравненной к ней службы и показаниях для отсрочки или освобождения от призыва на военную службу по состоянию здоровья.

3. Военнослужащие и приравненные к ним лица имеют право на получение медицинской помощи в ведомственных медицинских организациях, а при их отсутствии или при отсутствии в ведомственных медицинских организациях отделений соответствующего профиля, специалистов либо специального медицинского оборудования – на получение медицинской помощи в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на эти цели федеральным органам исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба.

4. Порядок организации медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним лицам устанавливается Правительством Российской Федерации, особенности организации оказания медицинской помощи военнослу-

жащим и приравненным к ним лицам, в том числе порядок их освобождения от исполнения обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с заболеванием и иными причинами, устанавливаются федеральными органами исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба.

5. Граждане при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования, призыве на военные сборы, а также граждане, направляемые на альтернативную гражданскую службу, имеют право на получение медицинской помощи в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности к военной службе или приравненной к ней службе.

6. Особенности охраны здоровья военнослужащих и приравненных к ним лиц, а также отдельных категорий граждан, проходящих военную службу или приравненную к ней службу в федеральных органах исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба, определяются законодательством Российской Федерации, регламентирующим деятельность этих органов.

**Статья 26. Права лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, на получение медицинской помощи**

1. Лица, задержанные, заключенные под стражу, отбывающие наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в необходимых случаях в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Беременные женщины, женщины во время родов и в послеродовой период из числа лиц, указанных в части 1 настоящей статьи, имеют право на оказание медицинской помощи, в том числе в медицинских организациях охраны материнства и детства.

3. При невозможности оказания медицинской помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы лица, заключенные под стражу или отбывающие наказание в виде лишения свободы, имеют право на оказание медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, а также на приглашение для проведения консультаций врачей-специалистов указанных медицинских организаций в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на эти цели федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему правоприменительные функции, функции по контролю и надзору в сфере исполнения уголовных наказаний в отношении осужденных.

4. При оказании медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения сотрудниками органов и учреждений уголовно-исполнительной системы осуществляется охрана лиц, указанных в части 3 настоящей статьи, и при необходимости круглосуточное наблюдение в целях обеспечения безопасности указанных лиц, медицинских работников, а также иных лиц, находящихся в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, совместно с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Испытание новых методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, а также лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий и дезинфекционных средств с привлечением в качестве объекта для этих целей лиц, указанных в части 1 настоящей статьи, не допускается.

6. В отношении лиц, отбывающих наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы, договор о добровольном медицинском страховании расторгается.

7. Порядок организации оказания медицинской помощи, в том числе в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, лицам, указанным в части 1 настоящей статьи, устанавливается законодательством Российской Федерации, в том числе нормативными правовыми актами уполномоченного федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний, по согласованию с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

### **Статья 27. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья**

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

### **Статья 28. Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья**

1. Граждане имеют право на создание общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья, формируемых на добровольной основе.

2. Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья могут в установленном законодательством Российской Федерации порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья и решении вопросов, связанных с нарушением таких норм и правил.

3. Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья не вправе осуществлять рекламу конкретных торговых наименований лекарственных препаратов, биологически активных добавок, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания и заменителей грудного молока.

## **Глава 5. Организация охраны здоровья**

### **Статья 30. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни**

1. Профилактика инфекционных заболеваний осуществляется органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

2. Профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на муниципальном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями 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.

3. Формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом.

### **Статья 31. Первая помощь**

1. Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со

специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб.

2. Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий по оказанию первой помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. Примерные программы учебного курса, предмета и дисциплины по оказанию первой помощи разрабатываются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и утверждаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

4. Водители транспортных средств и другие лица вправе оказывать первую помощь при наличии соответствующей подготовки и (или) навыков.

### **Статья 32. Медицинская помощь**

1. Медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.

2. К видам медицинской помощи относятся:

- 1) первичная медико-санитарная помощь;
- 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- 4) паллиативная медицинская помощь.

3. 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).

4. 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.

5. Положение об организации оказания медицинской помощи по видам, условиям и формам оказания такой помощи устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

### **Статья 33. Первичная медико-санитарная помощь**

1. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и 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.

2. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений статьи 21 настоящего Федерального закона.

3. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

4. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

5. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

6. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

7. В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

### **Статья 34. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь**

1. 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.

2. Специализированная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

3. 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.

4. Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

5. Порядок финансового обеспечения, в том числе посредством предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации, оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете уполномоченному федеральному органу исполнительной власти, устанавливается Правительством Российской Федерации.

6. Высокотехнологичная медицинская помощь за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете уполномоченному федеральному органу исполнительной власти, оказывается медицинскими организациями, перечень которых утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Порядок формирования указанного перечня устанавливается Правительством Российской Федерации.

7. Высокотехнологичная медицинская помощь за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации оказывается медицинскими организациями, перечень которых утверждается уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации. Порядок формирования указанного перечня устанавливается высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

8. Направление граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств, предусмотренных частью 5 настоящей статьи, осуществляется путем применения специализированной информационной системы в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

### **Статья 35. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь**

1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

3. На территории Российской Федерации в целях оказания скорой медицинской помощи функционирует система единого номера вызова скорой медицинской помощи в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

4. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

5. Медицинская эвакуация включает в себя:

1) санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую авиационным транспортом;

2) санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта.

6. 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.

7. Федеральные государственные учреждения вправе осуществлять медицинскую эвакуацию в порядке и на условиях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Перечень указанных федеральных государственных учреждений утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

8. Выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи оказывается медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе по вызову медицинской организации, в штате которой не состоят медицинские работники выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, в случае невозможности оказания в указанной медицинской организации необходимой медицинской помощи.

### **Статья 36. Паллиативная медицинская помощь**

1. 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.

2. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

### **Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи**

1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на

территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

2. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. 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.

4. 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) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-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) иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

5. Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

### **Статья 39. Лечебное питание**

1. Лечебное питание – питание, 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.

2. 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.

3. Специализированными продуктами лечебного питания являются пищевые продукты с установленным химическим составом, энергетической ценностью и физическими свойствами, доказанным лечебным эффектом, которые оказывают специфическое влияние на восстановление нарушенных или утраченных в результате заболевания функций организма, профилактику этих нарушений, а также на повышение адаптивных возможностей организма.

4. Нормы лечебного питания утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

#### **Статья 41. Организация и оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях**

1. Организация и оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинская эвакуация, осуществляются Всероссийской службой медицины катастроф в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2. Всероссийская служба медицины катастроф является функциональной подсистемой Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций, функционально объединяющей службы медицины катастроф федеральных органов исполнительной власти, силы и средства различных федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций, в полномочия которых входит решение вопросов в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций, ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций и решение проблем медицины катастроф.

3. Всероссийская служба медицины катастроф осуществляет решение задач по быстрому реагированию, мобилизации материально-технических средств и личного состава при чрезвычайных ситуациях в целях спасения жизни и сохранения здоровья наибольшего числа людей путем оказания им всех видов медицинской помощи своевременно и в полном объеме, ликвидации эпидемических очагов, а также по созданию резерва материальных запасов и обучению оказанию медицинской помощи гражданам, в том числе медицинской эвакуации, при чрезвычайных ситуациях.

4. Руководство Всероссийской службой медицины катастроф осуществляет руководитель уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

5. Положение о Всероссийской службе медицины катастроф утверждается Правительством Российской Федерации.

6. Руководитель Всероссийской службы медицины катастроф вправе принимать решение о медицинской эвакуации при чрезвычайных ситуациях.

#### **Статья 43. Медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих**

1. Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, оказывается медицинская помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих медицинских организациях.

2. Перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утверждаются Правительством Российской Федерации исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших.

3. Особенности организации оказания медицинской помощи при отдельных заболеваниях, указанных в части 1 настоящей статьи, могут устанавливаться отдельными федеральными законами.

#### **Статья 44. Медицинская помощь гражданам, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями**

1. Редкими (орфанными) заболеваниями являются заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения.

2. Перечень редких (орфанных) заболеваний формируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти на основании статистических данных и размещается на его официальном сайте в сети «Интернет».

3. Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, из числа заболеваний, указанных в части 2 настоящей статьи, утверждается Правительством Российской Федерации.

4. В целях обеспечения граждан, страдающих заболеваниями, включенными в перечень, утвержденный в соответствии с частью 3 настоящей статьи, лекарственными препаратами осуществляется ведение Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности (далее в настоящей статье – **Федеральный регистр**), содержащего следующие сведения:

1) страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в системе обязательного пенсионного страхования (при наличии);

2) фамилия, имя, отчество, а также фамилия, которая была у гражданина при рождении;

3) дата рождения;

4) пол;

5) адрес места жительства;

6) серия и номер паспорта (свидетельства о рождении) или удостоверения личности, дата выдачи указанных документов;

7) дата включения в Федеральный регистр;

8) диагноз заболевания (состояние);

9) иные сведения, определяемые Правительством Российской Федерации.

5. Ведение Федерального регистра осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

6. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации осуществляют ведение регионального сегмента Федерального регистра и своевременное представление сведений, содержащихся в нем, в уполномо-

ченный федеральный орган исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

#### **Статья 45. Запрет эвтаназии**

Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.

#### **Статья 46. Медицинские осмотры, диспансеризация**

1. Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.

2. 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.

3. В случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в отношении отдельных категорий граждан могут проводиться углубленные медицинские осмотры, представляющие собой периодические медицинские осмотры с расширенным перечнем участвующих в них врачей-специалистов и методов обследования.

4. Диспансеризация представляет собой 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 Российской Федерации.

5. 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 порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

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

7. Порядок проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения и перечень включаемых в них исследований утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

#### **Статья 48. Врачебная комиссия и консилиум врачей**

1. Врачебная комиссия состоит из врачей и возглавляется руководителем медицинской организации или одним из его заместителей.

2. Врачебная комиссия создается в медицинской организации в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи, принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов, обеспечения назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами, трансплантации (пересадки) органов и тканей человека, медицинской реабилитации, а также принятия решения по иным медицинским вопросам. Решение врачебной комиссии оформляется протоколом и вносится в медицинскую документацию пациента.

3. Консилиум врачей – совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию и для решения иных вопросов в случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом.

4. Консилиум врачей созывается по инициативе лечащего врача в медицинской организации либо вне медицинской организации (включая дистанционный консилиум врачей). Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается участниками консилиума врачей и вносится в медицинскую документацию пациента. В протоколе консилиума врачей указываются фамилии врачей, включенных в состав консилиума врачей,



сведения о причинах проведения консилиума врачей, течении заболевания пациента, состоянии пациента на момент проведения консилиума врачей, включая интерпретацию клинических данных, лабораторных, инструментальных и иных методов исследования и решение консилиума врачей. При наличии особого мнения участника консилиума врачей в протокол вносится соответствующая запись. Мнение участника дистанционного консилиума врачей с его слов вносится в протокол медицинским работником, находящимся рядом с пациентом.

## **Глава 6. Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья**

### **Статья 51. Права семьи в сфере охраны здоровья**

1. Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на консультации без взимания платы по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и состояний, 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.

2. Отцу ребенка или иному члену семьи предоставляется право при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья присутствовать при рождении ребенка, за исключением случаев оперативного родоразрешения, при наличии в учреждении родовспоможения соответствующих условий (индивидуальных родовых залов) и отсутствии у отца или иного члена семьи инфекционных заболеваний. Реализация такого права осуществляется без взимания платы с отца ребенка или иного члена семьи.

3. Одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста – при наличии медицинских показаний плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается.

### **Статья 52. Права беременных женщин и матерей в сфере охраны здоровья**

1. Материнство в Российской Федерации охраняется и поощряется государством.

2. Каждая женщина в период беременности, во время родов и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. 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 субъектов Российской Федерации.

#### **Статья 53. Рождение ребенка**

1. Моментом рождения ребенка является момент отделения плода от организма матери посредством родов.

2. При рождении живого ребенка медицинская организация, в которой произошли роды, выдает документ установленной формы.

3. Медицинские критерии рождения, в том числе сроки беременности, масса тела ребенка при рождении и признаки живорождения, а также порядок выдачи документа о рождении и его форма утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

#### **Статья 54. Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья**

1. В сфере охраны здоровья несовершеннолетние имеют право 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, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на условиях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

2) оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

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 в порядке и на условиях, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

5) получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме в соответствии со статьей 22 настоящего Федерального закона.

2. Несовершеннолетние, больные наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет и иные несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с настоящим Федеральным законом, за исключением случаев оказания им медицинской помощи в соответствии с частями 2 и 9 статьи 20 настоящего Федерального закона.

3. Дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, до достижения ими возраста четырех лет включительно могут содержаться в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы

здравоохранения в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на условиях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

### **Статья 67. Проведение патолого-анатомических вскрытий**

1. Патолого-анатомические вскрытия проводятся врачами соответствующей специальности в целях получения данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания.

2. Порядок проведения патолого-анатомических вскрытий определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев:

- 1) подозрения на насильственную смерть;
- 2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;
- 3) оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;
- 4) подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;
- 5) смерти:
  - а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и (или) ее компонентов;
  - б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;
  - в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;
  - г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;
  - д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;
  - 6) рождения мертвого ребенка;
  - 7) необходимости судебно-медицинского исследования.

4. При проведении патолого-анатомического вскрытия гистологический, биохимический, микробиологический и другие необходимые методы исследований отдельных органов, тканей умершего или их частей являются неотъемлемой частью диагностического процесса в целях выявления причин смерти человека, осложнений основного заболевания и сопутствующего заболевания, его состояния. Волеизъявление умершего, высказанное при его жизни, либо письменное заявление супруга, близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего о проведении таких исследований не требуется.

5. Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего, правоохранительным органам, органу, осуществляющему государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, и органу, осуществляющему контроль качества и условий предоставления медицинской помощи, по их требованию.

6. Супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего предоставляется право пригласить врача-специалиста (при наличии его согласия) для участия в патолого-анатомическом вскрытии.

7. Заключение о результатах патолого-анатомического вскрытия может быть обжаловано в суде супругом, близким родственником (детьми, родителями, усыновленными, усыновителями, родными братьями и родными сестрами, внуками, дедушкой, бабушкой), а при их отсутствии иным родственником либо законным представителем умершего в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8. Патолого-анатомическое вскрытие проводится с соблюдением достойного отношения к телу умершего человека и сохранением максимально его анатомической формы.

#### **Статья 68. Использование тела, органов и тканей умершего человека**

1. Тело, органы и ткани умершего человека могут использоваться в медицинских, научных и учебных целях в следующих случаях:

1) при наличии письменного волеизъявления лица, сделанного им при жизни и нотариально удостоверенного в установленном порядке, о возможности такого использования;

2) если тело не востребовано после смерти человека по причине отсутствия его супруга, близких родственников (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), иных родственников, законных представителей или других лиц, взявших на себя обязанность осуществить погребение, в порядке и в сроки, установленные законодательством Российской Федерации о погребении и похоронном деле.

2. Порядок и условия передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, порядок использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях, в том числе максимальный срок их использования, устанавливаются Правительством Российской Федерации. После истечения максимального срока невостребованное тело, органы и ткани умершего человека подлежат погребению в соответствии с законодательством Российской Федерации о погребении и похоронном деле.

#### **Статья 70. Лечащий врач**

1. 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 медицинской организации) должен содействовать выбору пациентом другого врача в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2. 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 для целей, установленных частью 4 статьи 47 настоящего Федерального закона. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

3. Лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения медицинской организации) 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 случае отказа лечащего врача от наблюдения за пациентом и лечения пациента, а также в случае уведомления в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности должностное лицо (руководитель) медицинской организации (подразделения медицинской организации) должно организовать замену лечащего врача.

4. Лечащий врач, рекомендуя пациенту лекарственный препарат, медицинское изделие, специализированный продукт лечебного питания или заменитель грудного молока, обязан информировать пациента о возможности получения им соответствующих лекарственного препарата, медицинского изделия, специализированного продукта лечебного питания или заменителя грудного молока без взимания платы в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. 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.

6. Диагноз, как правило, включает в себя сведения об основном заболевании или о состоянии, сопутствующих заболеваниях или состояниях, а также об осложнениях, вызванных основным заболеванием и сопутствующим заболеванием.

7. Отдельные функции лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, руководителем медицинской организации при организации ока-

зания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи могут быть возложены на фельдшера, акушерку в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

**Статья 74. Ограничения, налагаемые на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности**

1. Медицинские работники и руководители медицинских организаций не вправе:

1) принимать от организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптекных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно – компания, представитель компании) подарки, денежные средства (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, в связи с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности), в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха, а также принимать участие в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний;

2) заключать с компанией, представителем компании соглашения о назначении или рекомендации пациентам лекарственных препаратов, медицинских изделий (за исключением договоров о проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий);

3) получать от компании, представителя компании образцы лекарственных препаратов, медицинских изделий для вручения пациентам (за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий);

4) предоставлять при назначении курса лечения пациенту недостоверную, неполную или искаженную информацию об используемых лекарственных препаратах, о медицинских изделиях, в том числе скрывать сведения о наличии в обращении аналогичных лекарственных препаратов, медицинских изделий;

5) осуществлять прием представителей фармацевтических компаний, производителей или продавцов медицинских изделий, за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, участия в порядке, установленном администрацией медицинской организации, в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации, предусмотренной частью 3 статьи 64 Федерального закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» и частью 3 статьи 96 настоящего Федерального закона;

6) выписывать лекарственные препараты, медицинские изделия на бланках, содержащих информацию рекламного характера, а также на рецептурных бланках, на которых заранее напечатано наименование лекарственного препарата, медицинского изделия.

### **Статья 79. Обязанности медицинских организаций**

1. Медицинская организация обязана:

1) оказывать гражданам медицинскую помощь в экстренной форме;  
2) осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;

3) информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

4) соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах;

5) обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств;

6) предоставлять пациентам достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях;

7) информировать граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети «Интернет», об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и об их квалификации;

8) обеспечивать профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

9) информировать органы внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий;

10) осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи в соответствии с федеральным законом;

11) вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

12) обеспечивать учет и хранение медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности;

13) проводить мероприятия по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний, внедрять безопасные методы сбора медицинских отходов и обеспечивать защиту от травмирования элементами медицинских изделий.

2. Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, наряду с обязанностями, предусмотренными частью 1 настоящей статьи, также обязаны:

1) предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2) обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

3) обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление;

4) проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

## **Глава 13. Ответственность в сфере охраны здоровья**

### **Статья 98. Ответственность в сфере охраны здоровья**

1. 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, установленных законодательством Российской Федерации.

2. Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

3. Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

4. Возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.



**В помощь практикующей медицинской сестре  
ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ**

**Выпуск № 2 (38)**

**Издатель: ООО Издательство «Медицинский проект»**

**Главный редактор Наталина КРУШИНСКАЯ**

**Ответственный редактор Ирина МЫЛЬНИКОВА**

**Ответственный секретарь Ирина ФЕТИШЕВА**

**Технический редактор Леонид КАМАЕВ**

**Корректор Лариса ЛАШКОВА**

**Свидетельство о регистрации ПИ № 77 – 17583 от 09.10.04**

**Подписано в печать 08.04.2013**

**Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография»**

**123995, Москва, ул. 1905 года, д. 7**

**Заказ 1150 Тираж 7000 экз.**

**Адрес редакции: 127254, Москва, ул. Руставели, д. 14, стр. 6**

**Тел.: (495) 618-83-32, 664-20-42**

**Для писем: 127254, Москва, а/я № 59**

**E-mail: s\_delo@inbox.ru**

# Дорогие наши читатели!

Подписаться на журнал «Сестринское дело» можно в любом почтовом отделении России.

Индекс в каталоге «Роспечать»:

– на 2-е полугодие 2013 года – **72252** (для индивидуальных подписчиков), **72253** (для предприятий и организаций);

– на весь 2013 год – **47270** (для индивидуальных подписчиков), **48571** (для предприятий и организаций).



Оформить подписку можно и в редакции. Для этого, если вы оформляете подписку на 2-е полугодие 2013 года, отправьте **840 руб.** (для частных лиц) или **1980 руб.** (для организаций) на наш счет из любого отделения Сбербанка с указанием своего полного адреса и ФИО.

Если вы оформляете подписку на весь 2013 год, то сумма, соответственно, составит **1608 руб.** (для частных лиц) или **3800 руб.** (для организаций).  
Получатель платежа – ООО «Современное сестринское дело».

Банк ОАО «ОТП Банк», г. Москва

Р/сч 40702810700320025974 К/сч 30101810000000000311

БИК 044525311 ИНН 7715760845 КПП 771501001

Оплатить подписку через редакцию можно электронным почтовым переводом, который следует выслать по адресу: **127254, Москва, а/я 59, Быстровой Е.В.**  
В строке «Для письменного сообщения» напишите свой полный адрес с индексом и обязательно укажите ФИО и издание (например, «Сестринское дело» на 2-е полугодие 2013 г.)

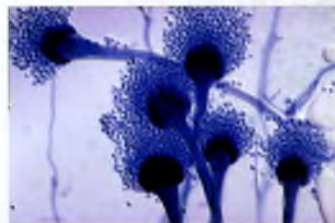
# МЕДИЛИС®-ДЕЗ

ДВУХКОМПОНЕНТНОЕ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО

## БОРЬБА С ПЛЕСЕНЬЮ

Режимы дезинфекции объектов растворами средства «МЕДИЛИС-Дез» при поражениях плесневыми грибами

Объект обеззараживания	Концентрация рабочего раствора (по препарату), %	Время Обеззараживания, мин	Способ Обеззараживания
Поверхности в помещениях (пол, стены, жесткая мебель), предметы обстановки	0,1	30	Двукратное протирание или орошение с интервалом 15 минут
	0,25	15	
	0,5	5	
Поверхности мягкие, в т.ч. ковровые и прочие напольные покрытия, обивочные ткани, мягкая мебель	0,1	60	Двукратное протирание щеткой
	0,25	30	
	0,5	15	
	1,0	5	
Бельё, загрязненное органическими субстратами	0,5	90	Замачивание
	1,0	60	
	1,5	30	
Посуда, в т.ч. одноразовая, аптечная и лабораторная	0,5	90	Погружение
	1,0	60	
	1,5	30	
Уборочный материал и инвентарь	1,0	60	Погружение
	1,5	30	
Резиновые и полипропиленовые коврики	0,5	60	Погружение или протирание
	1,0	30	
	1,5	15	



**Aspergillus niger** — вид высших плесневых грибов из рода Аспергилл (*Aspergillus*); вызывает заболевания человека и животных (аспергиллёзы)



**Состав:** комбинация ЧАСов, триамин и др. компоненты.

**Срок годности:** 5 лет, раб.раствора - 28 суток

**Безопасность:** 4 класс малоопасных соединений

**Дополнительные свойства:**

Отличные моющие и дезодорирующие свойства

Сохраняет свои свойства при замораживании и оттаивании



Название  
**МЕДИЛИ**

Москва. Лаборатория МедиЛ  
тел/факс.: (495)315-16-65, 315-17-10, 980-80-39, 980-80-80  
www.medilis.ru; e-mail: mail@medil

КОНЦЕНТРАТ (ЧАС+ТРИАМИН)