

Правовые основы здравоохранения в России

Под редакцией
члена-корреспондента
Российской академии
медицинских наук
Ю.Л. ШЕВЧЕНКО

Издательство



Гэотар Медицина

Москва
2000

УДК 614.251(470)

ББК 51.1(2)

П68

Рецензенты:

Генеральный директор Научно-исследовательского центра
«Независимая медико-юридическая экспертиза» канд. мед.

наук *А.М. Балло*

Старший преподаватель Военно-медицинской академии
полковник юстиции *В.Е. Лавров*

П68 Правовые основы здравоохранения в России / Под
редакцией члена-корреспондента РАМН Ю.Л. Шевченко.
— М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. — 211 с.
ISBN 5-9231-0022-3

Книга предназначена для студентов и преподавателей медицинских и юридических высших учебных заведений, практикующих врачей, руководителей медицинских учреждений, юристов.

УДК 614.251(470)

ББК 51.1(2)

ISBN 5-9231-0022-3

© Коллектив авторов, 2000

© «ГЭОТАР МЕДИЦИНА», 2000

Права на данное издание принадлежат издательству «ГЭОТАР МЕДИЦИНА». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения издательства.

Авторы

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

кафедра общественных наук:

чл.-кор. РАМН проф. Ю.Л. Шевченко

докт. филос. наук проф. А.П. Мухин

канд. мед. наук бакалавр юриспруденции О.В. Леонтьев

канд. филос. наук С.И. Андреев

врач К.Ю. Корсун

кафедра судебной медицины:

докт. мед. наук проф. В.Д. Исаков

докт. мед. наук В.В. Колкутин

кафедра психиатрии:

канд. мед. наук К.А. Койстрик

врач-психиатр А.А. Корчагин

кафедра физиологии подводного плавания:

докт. мед. наук проф. В.В. Скорняков

кафедра военно-морской терапии:

докт. мед. наук проф. С.А. Парцерняк

кафедра общей и военной гигиены:

докт. мед. наук проф. Б.И. Жолус

кафедра военно-морской и радиационной гигиены:

канд. мед. наук И.В. Петреев

НИИ скорой помощи им. Джанелидзе

докт. мед. наук проф. С.Ф. Багненко

Фонд помощи больным и инвалидам

им. Святых Космы и Доминиана:

юрист Д.В. Леонтьев

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВРАЧ И ПРАВО, МЕДИЦИНА И НРАВСТВЕННОСТЬ

Слово к читателям Министра здравоохранения
Российской Федерации

чл.-кор. РАМН *Ю.Л. Шевченко* 7

Раздел 1. ПРАВА И СВОБОДЫ ЧЕЛОВЕКА

И ГРАЖДАНИНА

Д.В. Леонтьев 15

1.1. Международные нормы о правах человека 15

1.2. Конституция Российской Федерации,
Российская декларация прав и свобод
человека и гражданина 18

1.3. Реализация прав и свобод человека и гражданина
в Российской Федерации 21

Раздел 2. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

О.В. Леонтьев, С.Ф. Багненко 33

2.1. Определение медицинского права 33

2.2. Основной закон страны о здравоохранении 34

2.3. Законодательная основа организации
медицинской помощи 35

2.4. Контроль качества медицинской помощи 38

Раздел 3. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ГРАЖДАН И ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

О.В. Леонтьев, С.А. Парцерняк, В.В. Скорняков 43

3.1. Правовой статус медицинских работников 43

3.2. Правовой статус граждан при
оказании им медицинской помощи 47

3.3. Права отдельных групп населения
в области охраны здоровья 49

3.4. Правила выдачи листка нетрудоспособности 52

Раздел 4. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

<i>Ю.Л. Шевченко, А.П. Мухин, В.Д. Исаков, О.В. Леонтьев, С.И. Андреев, А.А. Корчагин, К.Ю. Корсун, К.Н. Койстрик</i>	58
4.1. Правовые основы медицинской деятельности по трансплантации органов и тканей человека	58
4.2. Правовые основы медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека	60
4.3. Правовые принципы оказания психиатрической помощи	61

Раздел 5. СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

<i>О.В. Леонтьев, И.В. Петреев</i>	68
5.1. Общие вопросы организации и финансирования медицинского страхования	68
5.2. Медицинские учреждения и медицинское страхование	71

Раздел 6. НАСТУПЛЕНИЕ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

<i>О.В. Леонтьев</i>	73
6.1. Основные понятия в уголовном праве	73
6.2. Виды преступлений, связанные с профессиональ- ной деятельностью медицинских работников	75

Раздел 7. НАСТУПЛЕНИЕ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ, АДМИНИСТРАТИВНОЙ И ДИСЦИПЛИНАРНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

<i>О.В. Леонтьев, Д.В. Леонтьев</i>	85
7.1. Наступление гражданско-правовой ответственности медицинских учреждений и медицинских работников	85

7.2. Дисциплинарная и административная ответственность медицинских работников	89
Раздел 8. ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
<i>В.В. Колкутин</i>	92
Раздел 9. СОЦИАЛЬНЫЕ И ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
<i>Б.И. Жолус</i>	98
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	103
ПРИЛОЖЕНИЯ	104

ВРАЧ И ПРАВО, МЕДИЦИНА И НРАВСТВЕННОСТЬ

СЛОВО К ЧИТАТЕЛЯМ

На протяжении всей истории человечества представления людей об основных жизненных ценностях менялись много раз, но весь тысячелетний опыт говорит о тех вечных нравственных и философских постулатах, которые не зависят ни от географического расположения страны, ни от национальной или социальной принадлежности ее граждан, ни от экономического или политического строя. Это общечеловеческие ценности. Страну могут сотрясать какие угодно социальные бури и экономические кризисы, могут бушевать какие угодно политические страсти, но гуманистические идеи сохраняют свое непреходящее значение всегда и везде.

100 лет назад на годичном акте Императорской медико-хирургической академии профессор Николай Гундобин говорил: «Врачи одинаково нужны в городах и селах, в народе и в войсках. Необходимые силы для того, чтобы целыми годами, изо дня в день видеть перед собой болезни и страдания во всех слоях общества, можно почерпнуть только из искренней преданности и любви к человечеству... Без любви к человечеству нет врача».

С древних времен врачевание и обучение признавались обществом как самые почетные и важные профессии. Творить милосердие, помогать страждущим, спасать от ран на поле брани, предупреждать недуги, врачевать душу – это самое святое и важное для человека занятие, принадлежностью к которому мы вправе гордиться.

Конечно, медицина, какой бы совершенной она ни была, никогда не победит смерть. Смерть – естественный итог жизни. Однако медицина уже сейчас в очень многих случаях победила смерть безвременную. Инфекционные болезни и нейрохирургия, кардиология и кардиохирургия, гематология и онкология – вот лишь небольшой перечень отраслей медицины, где за последние десятилетия совершен великий прорыв в борьбе со смертью.

Даже такая выдающаяся победа уже не устраивает врача. Человек должен не просто жить, а жить полноценно. Современная медицина призвана дать человеку эту возможность, обеспечить хорошее качество жизни, удовлетворенность человека физическим, психичес-

ким и социальным благополучием.

Российская медицина и медицинская наука всегда ставили перед собой цель осмысления, развития и донесения до общества высоких гуманистических идей служения человеку, основанных на безусловном признании человеческой жизни основной ценностью на Земле. Жизнь – самое дорогое. Она может быть лучше или хуже, но если ее нет – нет ничего. Нет ни урожая, ни производства, ни технического прогресса, ни искусства, ни науки.

Мы живем в трудное время репительных общественных перемен, грандиозных революционных потрясений. Нам пришлось пережить две мировые войны и десятилетия коренной ломки многих вековых устоев, когда сознательно рушились идеалы, на которых воспитаны целые поколения страны. Однако в нашей многострадальной медицине сохраняется дух беззаветного служения Отечеству, высоким и благородным идеалам добра и человечности. Наша задача сейчас – не дать суетной борьбе за выживание заслонить те гуманистические идеи, которым призваны служить последователи Эскулапа.

Медицина – это прежде всего человековедение. «Медицина есть энциклопедия жизни..., – говорил в 1928 г. проф. В.Л. Боголюбов. – Кто же, как не врач, видит рождение, жизнь и смерть, здоровье и болезнь, боль, страдания и радости, все величие и всю ничтожность человеческой души, и все это – в новых формах и проявлениях?!».

Быть врачом – значит обладать огромной властью над людьми. Властью, которой надлежит пользоваться мудро, ответственно и человечно, всегда помня пророческие слова А. Моруа: «Завтра, как и сегодня, врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, все возрастающую ответственность... И жизнь врача останется такой же, как сегодня, – трудной, тревожной, героической и возвышенной».

Хочется добавить – и жертвенной, и опасной...

Действительно, врачей, как и медицинских работников вообще, увы, совершенно справедливо относят к группе высокого риска по самым разнообразным заболеваниям. Необходимость действовать в неожиданных ситуациях, постоянно владеть своими эмоциями, обязанность принимать ответственные решения, от которых нередко зависит жизнь человека... Как прав проф. В. Рааб: «Наиболее занятый, ведущий беспокойный образ жизни и несущий громадную ответственность представитель современного общества – обычный практикующий врач – является одной из наиболее распространенных “сердечных жертв” нашей цивилизации...». Врачи умирают от ишемической болезни сердца в 2 раза чаще, чем люди других специальностей, заня-

тые умственным трудом. Особенно велика смертность среди хирургов: считают, что после 50 лет более половины хирургов умирают от инфаркта миокарда или сосудистых поражений мозга. Более 15 лет прожил с пересаженным чужим сердцем житель Марселя Эммануэль Витриа. Он на много лет пережил сделавшего ему операцию доктора Эдмона Анри, который скончался от инфаркта миокарда... Американские исследователи пришли к выводу, что если бы удалось продлить жизнь каждого врача даже на 1 год, это было бы равносильно увеличению числа врачей примерно на 7000 человек.

Недаром еще в XVII столетии по предложению знаменитого врача, бургомистра Амстердама Николааса ван Тульпа эмблемой медиков стала горящая свеча, смыслом которой были слова «*Aliis inserviendo consumptor*» – «Светя другим, сгораю сам».

Многие страницы и целые главы истории отечественной медицины написаны самоотверженным трудом, бесстрашием и героизмом, жизнью и кровью сотен талантливых и благородных людей нашего Отечества.

Еще в царском манифесте ноября 1819 г. было отмечено: «...врачи разделяли на поле сражения наравне с военными чинами труды и опасности, явив достойный пример усердия и искусства в исполнении своих обязанностей, и стяжали справедливую обязанность от соотечественников...».

В трагические для страны и народа послеоктябрьские годы многие видные ученые-медики страны подверглись различным видам политических репрессий – от высылки до ареста, заключения в лагере и расстрела. Приват-доцент Военно-медицинской академии, лейб-медик царского двора Е.С. Боткин, оставаясь до конца верным врачебному долгу, разделил судьбу расстрелянной в июле 1918 г. в Екатеринбурге семьи последнего российского императора. В тюрьмах и лагерях погибли профессора Академии М.Я. Галвяло, С.И. Златогоров, М.Н. Лубоцкий, П.И. Тимофеевский. Только в 1936–1938 гг. по политическим мотивам из академии было уволено 60 сотрудников постоянного состава и более 130 слушателей. Для борьбы с «преклонением перед иностранщиной и космополитизмом» состоялась объединенная сессия АН и АМН СССР, где акад. Л.А. Орбели был обвинен в том, что «сбивал исследователей с правильных павловских позиций и исходил в ряде вопросов из идеалистической теории психофизиологического параллелизма, не направил имеющийся у него коллектив работников на развитие павловских идей, на борьбу с влиянием антипавловских западноевропейских и американских буржуазных

теорий». В результате Л.А. Орбели был уволен со всех должностей, в том числе с должности начальника Военно-медицинской академии. Он держался с большим достоинством, продолжая работу в небольшой лаборатории физиологии Естественного научного института им. П.Ф. Лесгафта Академии педагогических наук. Все эти годы Военно-медицинская академия сохраняла высочайшее уважение к Л.А. Орбели. В 1954 г., когда в Ленинградском доме офицеров состоялось заседание академии, появление Л.А. Орбели в президиуме было встречено овацией. Зал встал. Аплодисменты продолжались несколько минут. Во все эти и многие другие тяжелые годы – годы войн, эпидемий, голода, стихийных бедствий – отечественная медицина честно выполняла свой долг. Только в период Великой Отечественной на полях сражения отдали жизнь за Родину 768 воспитанников Военно-медицинской академии. Нынешнее время тоже оказалось беспощадным к людям самой гуманной профессии на Земле. 217 преподавателей академии самоотверженно трудились на самых различных этапах медицинского обеспечения советских войск во время войны в Афганистане, 11 человек не вернулись домой. Каждый второй сотрудник академии принимал участие в оказании медицинской помощи российским военнослужащим в период боевых действий в Чеченской Республике. Результаты этой работы – тысячи человеческих жизней, спасенных подчас ценой жизни собственной... Мы склоняем головы перед сотнями и тысячами врачей, фельдперов, медсестер и санитаров, перед всеми, кто погиб, спасая раненых и больных в окопах, операционных, перевязочных, заразных бараках, обогревательных пунктах, на полях сражений и в госпитальных палатах, кто безвинно погиб в тюрьмах, лагерях, ссылках... Да воздастся всем им нашей светлой печалью и благодарной памятью...

По прошествии 100 лет по-прежнему пронзительно современно звучит мысль проф. В.В. Пашутина: «... есть другой ряд расстройств, вызываемых волей самого человека – это война... Врач, посвящающий свою жизнь на устранение человеческих страданий, не может не лелеять мысли, что наступит когда-нибудь время, когда человек научится решать свои недоразумения иным путем и что этот грандиозный источник человеческих бедствий сведется на возможно малую величину». Однако даже конец XX века, в котором человечество страдало от наиболее кровопролитных войн, ознаменовался как неоспоримыми успехами демократии в борьбе за права и достоинство личности, так и нарастанием частоты и ожесточенности многочисленных вооруженных конфликтов. Хотя большинство государств миро-

вого сообщества начертали на своем знамени гордый лозунг «Человек – суть и цель нашей жизни», миллионы людей, оказавшись вовлеченными в орбиту больших и малых, но одинаково несущих зло войн, испытывают лишения и издевательства и расстаются с этим миром как с юдолью страданий. Противоборствующие вооруженные стороны, пытаясь силой оружия защитить свои политические, национальные и конфессиональные интересы, забыли правила цивилизованного ведения военных действий и часто грубо попирают принципы Женевских конвенций. С глубокой скорбью мы видим, что на пороге XXI столетия на полях сражений продолжают страдать и гибнуть люди самой благородной профессии, призванные всеми силами помочь страданиям раненых и больных. Ночь с 16 на 17 декабря 1996 г.: 6 сотрудников Красного Креста из персонала госпиталя в Новых Атагах (Чечня) застрелены группой убийц в масках.

7 мая 1997 г.: 10 добровольцев общества Красного Креста Республики Заир, оказывавшие помощь людям, получившим ранения во время жестоких боев, убиты в Кенге, в 200 км от Киншасы.

Это были не просто нападения на невинных людей. Это были нападения на саму идею гуманитарной деятельности.

Время властно требует создания под эгидой Международного Красного Креста специального Международного движения врачей в защиту жизни, прав, человеческого и профессионального достоинства и чести медиков – всех представителей медицинской профессии вне зависимости от национальной, конфессиональной принадлежности и политической ориентации.

Святая человеческая и профессиональная обязанность врача, любого медицинского работника – основанная на должной квалификации готовность всеми силами оказывать медицинскую помощь всем раненым и пострадавшим.

Исходя из особой незащищенности медицинского работника, выполняющего свой профессиональный долг, движение призвано добиться от мирового сообщества в лице Организации Объединенных Наций принятия Конвенции «О защите жизни, прав, достоинства и чести медиков», которая квалифицировала бы применение оружия против медицинского работника при любых обстоятельствах как преступление против человечности. Применивших оружие против медицинских работников Конвенция должна определить как военных преступников и требовать их осуждения Международным военным трибуналом с самыми жесткими мерами наказания.

Движение должно призвать лидеров национальных военных ми-

истерств, ведомств и администраций твердо регламентировать соответствующими приказами, инструкциями и наставлениями обязанности всех должностных лиц вооруженных сил по охране жизни, прав, человеческого и профессионального достоинства и чести военных и гражданских медиков:

- запретить всякие ограничения на получение информации и распространение опыта медицинского обеспечения и оказания медицинской помощи раненым в условиях боевых действий и при катастрофах различного происхождения, обеспечить возможность профессионального взаимодействия врачебного состава даже в период вооруженного противостояния с устранением любой монополии на владение эффективными методами неотложной медицинской помощи и лечения раненых и пострадавших;

- исключить привлечение медицинских работников к выполнению не свойственных им профессиональных задач;

- признать приказ врачу-специалисту оказывать медицинскую помощь в непосредственной близости от поля боя без предоставления необходимой охраны, условий и оснащения должностным преступлением командиров всех рангов, которое должно преследоваться в административном, а в случае ранения или гибели врача – в уголовном порядке;

- считать принципиально неприемлемыми и не отвечающими гуманистической сущности врачебной деятельности требования о любых видах боевого вооружения для врачебного состава военно-медицинской службы и гражданского медицинского персонала;

- предложить ввести в национальных вооруженных силах стран мирового сообщества единую унифицированную форму и особые знаки различия для военных медиков.

Глубоко убежден, настало время принять такое обращение к Организации Объединенных Наций, к правительствам государств мирового сообщества, к международным и национальным военным ведомствам, мировым военным, политическим и религиозным лидерам, ко всем общественным институтам мира.

Человек подчиняет себе природу, расщепляет атом, покоряет космос, но делает далеко не все, чтобы щадить других людей, чтобы прекрасные слова о должном в человеческих отношениях воплотить в жизнь, чтобы по крайней мере лучше понимать друг друга. Трещина между технократизмом и душевностью, между разумом и сердцем расширяется. «Все прогрессы – реакционны, если рухнет человек», – воскликнул когда-то Андрей Вознесенский.

Ни в одну академическую классификацию не входят ранения без-

нравственностью, которые, может быть, даже опаснее и страшнее ранений обычных. Это раны, нанесенные сосредоточению души, которым издавна считается сердце: бездушие и несправедливость, предательство и измена, хамство и невнимательность. Эти раны наиболее коварны, если наносятся родными или близкими людьми, людьми, в судьбе которых вы приняли доброе участие. Все без исключения врачи разных специальностей обязаны не только лечить такие раны, но и проводить их тщательную профилактику. Со временем безнравственный поступок неизбежно отзывается сердечной болью у того, кто ранил, и он тоже становится нашим пациентом. Самое верное в предупреждении сердечных ран – правильное воспитание, а самый верный способ воспитания – личный пример, пример доброты, сострадания, милосердия, интеллигентности, прощения и любви. История отечественной медицины хранит множество примеров жизненного подвига наших учителей, несущего свет душевности и человеколюбия.

Основоположник отечественной терапии М.Я. Мудров в своем «Слове о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных» говорил: «Начав с любви к ближнему, я должен бы внушить вам все прочее, проистекающее из одной врачебной добродетели, а именно: услужливость, готовность к помощи во всякое время, и днем и ночью, приветливость, привлекающая к себе робких и смелых, милосердие... бескорыстие; снисхождение к погрешностям больных; кроткую строгость к их непослушанию; вежливую важность с высшими; разговор только о нужном и полезном; скромность и стыдливость... умеренность в пище, ненарушенное спокойствие лица и духа при опасностях больного; веселость без смеха и шуток при счастливом ходе болезни; хранение тайны и скрытность при болезнях предосудительных; молчание о виденных или слышанных семейных беспорядках; обуздание языка при состязаниях, по какому бы то поводу ни было; радушиное принятие доброго совета, от кого бы он ни шел; убедительное отклонение вредных предложений и советов; удаление от суеверия; целомудрие – словом, мудрость».

Когда я думаю о прошлом и настоящем медицины, ее судьба мне чем-то напоминает трагедию доброго и отзывчивого существа из «Марсианской хроники» Рея Брэдбери, существа, в котором каждый человек хотел видеть только свое, родное, близкое, существа, гибнущего под напором эгоистических требований и разнонаправленных вкусов людей. Гуморализм и целлюляризм, механицизм и витализм, морфологизм и функционализм, математизация и кибернетизация, биологизм и социологизм... Много «мод» и «увлечений» за свой дол-

гий век пережила медицина. Каждый видел медицину со своей точки зрения. Думаю, что неудачи многих медицинских доктрин прошлого заключались в неумении разрешить основное противоречие – противоречие между общим и отдельным. Принципы, положенные в основу теории медицины, должны обладать достаточно всеобщими свойствами для всех уровней живого.

Еще в 1962 г. И.В. Давыдовский писал: «Современная медицина все еще вращается по преимуществу в сфере единичного (индивидуального) и частного (нозологического). Но достаточно полное знание придет только при раскрытии общих, т.е. принципиальных, закономерностей, как правило, выходящих за пределы человека в мир, его окружающий. Но здесь уже главенствуют не каноны и инструкции деятелей медицины, а непреложные законы жизни».

Я убежден, медицина будущего – это медицина, органично, диалектично сочетающая в себе высший синтез всех знаний о человеке, знаний биологических, социально-психологических, нравственных, эстетических. Медицина будущего – это медицина высшего гуманизма, где непрерывное совершенствование человека идет через общество во имя людей, а развитие общества – через человека во имя личности. В этой органичной связи медицина клиническая и медицина профилактическая все больше будут превращаться в медицину сберегающую, медицину рациональной сдержанности, медицину нравственности, медицину права... Только такая медицина даст человеку счастье здоровой и гармоничной жизни.

Да хранит Господь и нашу великую и многострадальную медицину, и людей этой самой святой на Земле профессии!..

Министр здравоохранения
Российской Федерации
член-корреспондент РАМН
Ю.Л. Шевченко



Раздел 1. ПРАВА И СВОБОДЫ ЧЕЛОВЕКА И ГРАЖДАНИНА

1.1. Международные нормы о правах человека

Права человека – одна из вечных проблем человечества. Современный перечень прав и свобод человека, зафиксированный в международно-правовых документах, – это результат длительного исторического становления эталонов и стандартов, которые стали нормой современного общества. В различные исторические эпохи понятие, содержание и объем прав и свобод человека не были одинаковыми.

Права человека – это система личных, экономических, социальных, политических и юридических норм и гарантий, направленных на обеспечение жизнедеятельности человека. Это принципы, нормы взаимоотношений между людьми и государством, обеспечивающие возможность действовать по своему усмотрению (свободы) или получать определенные блага (права).

Основные права и свободы человека принадлежат каждому от рождения. Под основными правами следует понимать права, содержащиеся в конституциях государств и международно-правовых документах по правам человека: в Международном билле о правах человека, Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод граждан, Европейской социальной хартии и др.

Создание Организации Объединенных Наций и принятие Устава ООН положили начало новому этапу межгосударственных отношений в области прав и свобод человека.

10 декабря 1948 г. Генеральная ассамблея ООН приняла Всеобщую декларацию прав человека. Декларация признает естественный характер прав человека. Их содержание не может определяться исключительно государством. Все люди рождаются свободными и равными в своем достоинстве и правах. Каждый человек должен обладать всеми правами и всеми свободами, провозглашенными декларацией, вне зависимости от расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических убеждений, национального или социального происхождения, имущественного, сословного или иного положения.

В декларации закреплены личные, политические, социально-экономические права. Личные права неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения. Каждый человек имеет право на жизнь, на свобо-

ду и личную неприкосновенность. Никто не должен подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему его достоинство обращению и наказанию. Никто не может подвергаться произвольному вмешательству в его личную и семейную жизнь, посягательствам на неприкосновенность жилища, честь и репутацию. Каждый человек имеет право свободно передвигаться в пределах любого государства, покидать любую страну, возвращаться в любую страну, искать убежища от преследования в других странах. К личным правам относятся также права на свободу мысли, совести, религии, убеждений и их свободное выражение, мирных собраний и ассоциаций.

Политические права связаны с обладанием гражданством государства. Каждый человек имеет право на гражданство, право принимать участие в управлении своей страной, право равного доступа к государственной службе в своей стране. Воля народа должна быть основой власти правительства.

Социально-экономические права, закрепленные в декларации, касаются таких важных сфер жизни человека, как собственность, трудовые отношения, отдых, здоровье, образование, культура, семья, материнство, детство, социальное обеспечение.

Каждый человек имеет право владеть имуществом. Никто не может быть произвольно лишен своего имущества. Мужчины и женщины, достигшие совершеннолетия, имеют право без всяких ограничений по признаку расы, национальности, религии вступать в брак и создавать семью. Семья имеет право на защиту со стороны общества и государства. Каждый человек имеет право на социальное обеспечение, на осуществление необходимых для поддержания достоинства человека и для свободного развития его личности, на труд, на свободный выбор работы, на защиту от безработицы, на равную оплату за равный труд, на создание профсоюзов, на отдых и досуг, на жизненный уровень, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния, на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости, на образование. Каждый человек имеет право свободно участвовать в культурной жизни общества, право на защиту моральных и материальных интересов, являющихся результатом научных, литературных или художественных трудов, автором которых он является.

Каждый человек имеет право на признание его правосубъектности. Все люди равны перед законом и имеют право на защиту законом. Каждый человек имеет право на восстановление своих прав в суде. Декларация закрепляет принцип презумпции невиновности.

Центральное положение в системе универсальных актов по правам человека занимают Международный пакт о гражданских и политических правах и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах. Пакт закрепляет право на труд, на справедливые и благоприятные условия труда, на создание профсоюзов, на забастовки, на достойный жизненный уровень, включающий достаточное питание, одежду и жилище, на свободу от голода, на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, на образование, на участие в культурной жизни.

Семье, матерям, детям должны предоставляться охрана и помощь. Государства-участники обязаны представлять доклады о принимаемых ими мерах и о прогрессе на пути к соблюдению этих прав. Доклады представляются Генеральному секретарю ООН, который направляет их на рассмотрение в Экономический и Социальный Совет.

Международный пакт о гражданских и политических правах гарантирует право на жизнь, на свободу и личную неприкосновенность, на гуманное обращение и уважение достоинства лиц, лишенных свободы, на свободу передвижения и выбора местожительства, на свободу слова, совести и религии, право беспрепятственно придерживаться своих мнений, право на мирные собрания, на признание правосубъектности, невмешательство в личную или семейную жизнь, неприкосновенность жилища и тайну корреспонденции. Все равны перед судом и трибуналом. Никто не должен содержаться в рабстве, подвергаться пыткам или жестокому, бесчеловечному или унижающему его достоинство обращению или наказанию. Семья имеет право на защиту со стороны общества и государства. В тех странах, где существуют этнические, религиозные, языковые меньшинства, лица, принадлежащие к ним, имеют право пользоваться своей культурой, исповедовать свою религию, пользоваться родным языком.

Кроме вышеназванных документов, важное место занимает Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод (1950). В конвенции содержится лишь часть прав и свобод, закрепленных во Всеобщей декларации и пактах о правах человека, но конвенция постоянно развивается и дополняется новыми документами.

Европейская социальная хартия принята членами Совета Европы в 1961 г. В этом документе объединяются Декларация (часть 1) и Международный договор (часть 2). В части 1 декларируются экономические и социальные права, а в части 2 эти права признаются обязательными.

В 1975 г. странами-участниками Совещания по безопасности и сотрудничеству в Европе, которое затем было переименовано в Орга-

низацию по безопасности и сотрудничеству в Европе, был подписан Хельсинкский заключительный акт. В этом акте отмечается всеобщее значение прав человека и основных свобод, уважение которых является существенным фактором мира, справедливости и благополучия. Акт стал основой, на которой уже много лет развивается сотрудничество государств Европы, США и Канады в области прав человека.

Таким образом, на сегодняшний день в мире существует множество международных документов, закрепляющих права человека, а также созданы все условия для их соблюдения, обеспечения и защиты.

1.2. Конституция Российской Федерации, Российская декларация прав и свобод человека и гражданина

В Конституции России права и свободы человека и гражданина составляют отдельную главу. Понятие «права человека» и «права гражданина» близки, но не совпадают по содержанию. Они отражают различные аспекты статуса личности. Конституция, характеризуя этот статус, применяет оба понятия. Первое из них подчеркивает неотъемлемость прав человеческой личности, второе исходит из прав личности как гражданина государства.

Государство гарантирует равенство прав и свобод человека и гражданина вне зависимости от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям. Запрещаются ограничения прав граждан по признакам социальной, расовой, национальной, языковой или религиозной принадлежности. Мужчина и женщина имеют равные права. Все равны перед законом и судом.

В целом положения данной главы соответствуют международным стандартам и международным обязательствам нашего государства в этой области и в первую очередь Всеобщей декларации прав человека, Международному пакту об экономических, социальных и культурных правах, Международному пакту о гражданских и политических правах, Факультативному протоколу к нему. Положения этой главы не могут быть пересмотрены Федеральным собранием. Нормы Конституции, посвященные основным правам и свободам человека и гражданина, нельзя рассматривать вне связи с признанием прав и свобод человека высшей ценностью, нельзя вносить в них изменения или дополнения, противоречащие этому принципу.

Для формирования правового государства важно признание высшей силы Конституции, а также ее непосредственного действия. Ст. 15 провозглашает высшую юридическую силу Конституции, а также ее прямое действие и применение на всей территории страны. Законы и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации, не должны противоречить Конституции. Это существенный признак правового государства. Права и свободы человека и гражданина являются непосредственно действующими. Они определяют смысл, содержание и применение законов, деятельность законодательной и исполнительной власти, местного самоуправления и обеспечиваются правосудием. Признание прав и свобод человека и гражданина непосредственно действующими означает, что человек и гражданин могут осуществлять свои права и свободы, а также защищать их в случае нарушения, руководствуясь Конституцией и ссылаясь на нее.

Несмотря на значимость этих норм, права и свободы человека не стали высшей ценностью в России. Это определяется предшествующей историей и сложной ситуацией, в которой оказалась современная Россия. Формирование правового государства и уважение прав человека – задача чрезвычайно трудная, и ее решение возможно только в результате длительных усилий всего общества.

Российская декларация прав и свобод человека и гражданина была принята Верховным Советом РСФСР в 1991 г. В целом она соответствует Всеобщей декларации прав человека. Российская декларация прав и свобод человека и гражданина базируется на принципиально новой концепции прав человека, взаимоотношений человека и государства в сравнении с той, которая была отражена в союзных и российских Конституциях советского периода. Отказ от прежних принципов и переход на новые повлекли за собой обновление раздела Конституции РСФСР 1978 г. «Государство и личность». Это положило начало приведению конституционного законодательства в России в соответствие с общепризнанными международным сообществом стандартами прав и свобод человека, отказу от принципов, присущих тоталитарному режиму. Изменения законодательства коснулись всех основных аспектов прежней концепции прав человека.

Декларация 1991 г. и новая Конституция России ознаменовали отказ от классового подхода в закреплении правового статуса личности. Классово-идеологический подход к правам человека приводил к подавлению личности, нарушению ее свободы, означал принудительное навязывание человеку социалистических ценностей.

В основу новой концепции прав человека положен иной подход к субъекту правового статуса личности. Это получило свое выражение в том, что впервые, причем на конституционном уровне, юридически, признана категория «права человека».

В доктрине, господствовавшей в советский период истории, человек и его права не признавались в юридическом и политическом аспектах как самые значимые категории. Понятие «человек» заменялось социально-классовым понятием «трудящиеся», «эксплуататоры», затем «граждане». Первый шаг к выходу за рамки этих понятий сделали Конституция СССР 1977 г. и Конституция РСФСР 1978 г., в которых появились разделы «Государство и личность». Однако в них по-прежнему фиксировались права и свободы граждан. Лишь после принятия Декларации прав и свобод человека и гражданина понятие «права человека» получило и конституционное признание. Декларация закрепляет личные, политические и социально-экономические права и свободы.

К личным относятся право на жизнь, на свободу и личную неприкосновенность, на неприкосновенность частной жизни, на жилище, на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах России, на свободу мысли, слова, беспрепятственное выражение своих мнений и убеждений. Гарантируется свобода совести, вероисповедания, религиозной или атеистической деятельности.

К политическим правам относятся право участвовать в управлении делами общества и государства, равное право доступа к любым должностям в государственных органах, право собираться мирно и без оружия, проводить митинги, уличные шествия, демонстрации, направлять личные и коллективные обращения в государственные органы и должностным лицам, право на замену военной службы выполнением альтернативных гражданских обязанностей в случае противоречия несения военной службы убеждениям граждан, право на приобретение и прекращение гражданства Российской Федерации.

К социально-экономическим относятся право быть собственником, право на труд, на соответствующие условия труда, на квалифицированную медицинскую помощь, на социальное обеспечение, на образование. Государство обеспечивает защиту материнства и младенчества, права детей.

Ряд статей декларации посвящены защите прав и свобод человека и гражданина. Каждый вправе защищать свои права, свободы и законные интересы всеми способами, не противоречащими закону, пользоваться квалифицированной юридической помощью. Каж-

дому гарантируется судебная защита его прав и свобод. Права жертв преступлений и злоупотреблений властью охраняются законом. Государство обеспечивает доступ к правосудию и компенсацию за причиненный ущерб. Каждый имеет право на возмещение всякого вреда, причиненного незаконными действиями государственных органов и их должностных лиц. В декларации закреплён принцип презумпции невиновности.

Таким образом, декларация прав и свобод человека и гражданина является первым документом, принятым в России, который соответствует международным стандартам в области прав человека. Принятие Декларации ознаменовало собой отход от старых принципов в области прав человека.

1.3. Реализация прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации

Права и свободы – ограничитель притязаний власти, противовес ее всемогуществу, призванный обеспечить ее ограничение, поэтому приоритет прав человека по отношению к государству является определяющим признаком правового государства, с которым связаны другие его признаки, служащие осуществлению прав человека: построение государственной и общественной жизни на принципах права и разделения властей, взаимная ответственность индивида и государства. Цель правового государства – защитить права человека, обеспечить достоинство личности, исключить применение насильственных мер, не основанных на праве.

Регулирование прав и свобод человека и гражданина находится в ведении Российской Федерации.

Личные права неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения. Право на жизнь есть неотъемлемое право каждого человека. Для реализации права на жизнь необходим комплекс действий государства, общества, каждого конкретного человека по созданию и поддержанию безопасной социальной и природной среды обитания, условий жизни. К такого рода факторам относятся политика государства, обеспечивающая отказ от войны, военных способов решения социальных и национальных конфликтов, борьба с преступностью, улучшение социального обеспечения, здравоохранения, окружающей природной среды.

Смертная казнь может устанавливаться федеральным законом в

качестве исключительной меры наказания за особо тяжкие преступления. Ряд статей Уголовного кодекса предусматривает в виде исключительной меры наказания смертную казнь. Смертная казнь может быть назначена за убийство при отягчающих обстоятельствах, за посягательство на жизнь государственного или общественного деятеля, совершенное в целях прекращения его государственной или иной политической деятельности, на жизнь лица, осуществляющего правосудие или предварительное расследование, на жизнь сотрудника правоохранительного органа, за геноцид. В настоящее время действует мораторий на смертную казнь. В 1996 г. был принят Указ Президента «О поэтапном сокращении применения смертной казни в связи с вхождением России в Совет Европы». Конституционный суд также вынес решение в пользу неприменения смертной казни.

К числу личных прав относится право на охрану государством достоинства личности. Любые меры воздействия на неправомерное поведение лица не должны быть сопряжены с унижением человеческого достоинства. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть подвергнут медицинским, научным или иным опытам без добровольного согласия.

Достоинство личности – это сознание самим человеком и окружающими факта обладания им определенными нравственными и интеллектуальными качествами.

Конституция запрещает применение пыток, насилия, другого жестокого обращения и наказания. Однако в правоохранительных органах, по данным средств массовой информации, имеют место случаи пыток, жестокого обращения с задержанными и подследственными. В Верховном суде Мордовии завершается процесс над 7 сотрудниками милиции, которых обвиняют в истязаниях арестованных. В Центральном административном районе Москвы зафиксированы случаи избивания задержанных.

Каждый имеет право на свободу и личную неприкосновенность. Неприкосновенность личности заключается в том, что никто не вправе насильственно ограничить свободу человека распоряжаться в рамках закона своими действиями и поступками. Никто не может быть арестован, заключен под стражу иначе как на основании судебного решения.

Каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту чести и доброго имени, на тайну переписки, телефонных переговоров, почтовых и иных сообщений.

Гарантия неприкосновенности жилища означает, что никто не

имеет права проникать в жилище против воли проживающих в нем лиц. Законодательство РФ регламентирует случаи, когда допускается проникновение в жилище, и круг уполномоченных на то лиц. Так, следователь, имея достаточные основания полагать, что в каком-либо помещении находятся орудия преступления, предметы и ценности, добытые преступным путем, производит обыск для их отыскания и изъятия. Обыск производится по мотивированному постановлению следователя и только с санкции прокурора. Судебный исполнитель при выполнении своих служебных обязанностей вправе входить в жилое помещение.

Конституция закрепляет право каждого определять и указывать свою национальную принадлежность. Никто не может быть принужден к определению и указанию своей национальной принадлежности. Каждый вправе пользоваться родным языком, свободно выбирать язык общения, воспитания, обучения и творчества.

Законом «О языках народов РСФСР» гарантируется осуществление основных политических, экономических, социальных и культурных прав независимо от знания какого-либо языка. Закон «Об образовании» определяет, что язык, на котором ведется обучение и воспитание в общеобразовательном учреждении, определяется учредителем и уставом образовательного учреждения.

Каждый, кто законно находится на территории России, имеет право свободно передвигаться, выбирать место пребывания и жительства, свободно выезжать за пределы России. Гражданин России имеет право беспрепятственно возвращаться в Россию.

Закон РФ «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации» закрепил отмену прописки и ввел регистрационный учет граждан по месту пребывания и жительства в пределах России. Постановлением Правительства были утверждены Правила регистрации и снятия граждан с регистрационного учета по месту пребывания и по месту жительства в пределах России. Отсутствие регистрации не может служить основанием для ограничения реализации прав и свобод граждан.

Закон устанавливает ограничения на свободу передвижения и выбор места жительства. Они касаются местностей, где установлен особый режим. Это пограничная полоса, закрытые военные городки, зоны экологического бедствия, территории, где введено чрезвычайное или военное положение, закрытые административно-территориальные образования. Свобода передвижения может быть ограничена

также в связи с подпиской о невыезде.

В России гарантируется свобода совести и свобода вероисповедания, в том числе право исповедовать индивидуально или совместно с другим любую религию или не исповедовать никакой, свободно выбирать, менять, иметь и распространять религиозные и иные убеждения и действовать в соответствии с ними. Право человека на свободу совести и вероисповедания может быть ограничено федеральным законодательством только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, законных интересов человека, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

Религиозные организации действуют в соответствии со своими внутренними установлениями, если они не противоречат законодательству России. Однако серьезная опасность для жизни, здоровья, нравственности, исходит от так называемых тоталитарных сект, примерами которых являются «Белое братство», «Аум Синрикэ». Они манипулируют психикой человека, насильственно удерживают в объединении своих членов. Необходим жесткий контроль государства за такими сектами. При регистрации религиозного объединения необходимо тщательно изучить его предшествующую деятельность, запросить данные у правоохранительных органов других стран, если это иностранная организация.

Каждому гарантируется свобода мысли и слова. Не допускается пропаганда или агитация, направленная на разжигание социальной, расовой, национальной или религиозной ненависти. Никто не может быть принужден к выражению своих мнений и убеждений и отказу от них. Каждый имеет право свободно искать, получать, передавать, производить и распространять информацию любым законным способом. Перечень сведений, составляющих государственную тайну, определяется федеральным законом. Гарантируется свобода массовой информации. Цензура запрещается.

Закон «О средствах массовой информации» запрещает цензуру. Ограничения свободы деятельности средств массовой информации могут быть введены лишь на основании Федерального закона «О чрезвычайном положении».

Политические права и свободы связаны с обладанием гражданством государства. Право граждан на объединение включает в себя право создавать на добровольной основе общественное объединение для защиты общих интересов и достижения общих целей, право вступать в них либо воздержаться от вступления, право выходить из об-

пественного объединения.

Граждане Российской Федерации имеют право собираться мирно, без оружия, проводить собрания, митинги и демонстрации, шествия и пикетирование.

Законодательная регламентация этого права в настоящее время не завершена. В Указе Президента «О порядке организации и проведения митингов, уличных шествий, демонстраций и пикетирования» установлено, что впредь до урегулирования законом Российской Федерации порядка проведения этих мероприятий следует исходить из положений Декларации прав и свобод человека и гражданина о праве граждан проводить данные мероприятия при условии предварительного уведомления властей.

Граждане России имеют право участвовать в управлении делами государства как непосредственно, так и через своих представителей. Граждане имеют право избирать и быть избранными в органы государственной власти и местного самоуправления, а также участвовать в референдуме.

Избирательные права граждан регулируются законами «Об основных гарантиях избирательных прав и права на участие в референдуме», «О выборах депутатов Государственной Думы», «О выборах Президента Российской Федерации», «О референдуме».

Гражданин, достигший 18 лет, вправе избирать, голосовать на референдуме, участвовать в предусмотренных законом и проводимых законными методами иных избирательных действиях и действиях по подготовке референдума, а по достижении возраста, установленного Конституцией РФ, федеральными конституционными законами, федеральными законами Российской Федерации, конституциями, уставами, законами субъектов Федерации – быть избранным в органы государственной власти и местного самоуправления. Не имеют права избирать и быть избранными те граждане, которые признаны судом недееспособными, или содержащиеся в местах лишения свободы по приговору суда.

Быть избранным в Государственную Думу имеет право гражданин, достигший 21 года. Президентом может быть избран гражданин не моложе 35 лет. Быть избранным главой исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации гражданин имеет право по достижении возраста 30 лет, в органы местного самоуправления – 21 года.

Граждане России имеют равный доступ к государственной службе. Под государственной службой понимается профессиональная дея-

тельность по обеспечению осуществления полномочий государственных органов. Она включает в себя федеральную государственную службу, находящуюся в ведении Российской Федерации, и государственную службу субъектов федерации, находящуюся в их ведении.

Законодательными актами, регулирующими право граждан на государственную службу, являются закон РФ «Об основах государственной службы РФ», Положение о федеральной государственной службе, Указы Президента «О государственных должностях РФ», «О реестре государственных должностей федеральных государственных служащих». Право поступления на государственную службу имеют граждане России не моложе 18 лет и не старше 60, владеющие государственным языком, имеющие профессиональное образование и отвечающие требованиям, установленным законодательством для государственных служащих. Не допускается ограничений или преимуществ в зависимости от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям.

Граждане России имеют право обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы и органы местного самоуправления.

По сведениям Управления Президента Российской Федерации по работе с обращениями граждан, в адрес Президента, Правительства в 1997 г. поступили 361 000 обращений. Основными темами обращений являются правопорядок и правовая защита, жалобы на длительные задержки в рассмотрении судебных дел, неисполнение судебных постановлений.

Особую группу прав и свобод человека и гражданина составляют социально-экономические права, которые регулируют отношения в таких важных сферах жизни, как собственность, трудовые отношения, отдых, здоровье, образование, культура, семья, материнство, детство, социальное обеспечение.

Каждый имеет право на свободное использование своих способностей и имущества для предпринимательской и иной не запрещенной законом экономической деятельности.

Право частной собственности охраняется законом. Каждый вправе иметь имущество в собственности, владеть, пользоваться и распоряжаться им как единолично, так и совместно с другими лицами. Никто не может быть лишен своего имущества иначе как по решению суда. Право наследования гарантируется.

Граждане и их объединения вправе иметь в частной собственности

сти землю. Владение, пользование и распоряжение землей и другими природными ресурсами осуществляются их собственниками свободно, если это не наносит ущерба окружающей среде и не нарушает прав и законных интересов иных лиц.

Труд свободен. Принудительный труд запрещен. Каждый имеет право на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены, на вознаграждение за труд не менее минимального размера оплаты труда (МРОТ), на защиту от безработицы. Признается право на индивидуальные и коллективные трудовые споры, включая право на забастовку. Каждый имеет право на отдых. Работающему по трудовому договору гарантируются установленная законом продолжительность рабочего времени, выходные и праздничные дни, оплачиваемый ежегодный отпуск.

Реализуя право свободы труда, гражданин может выбирать тот или иной род деятельности и занятий или вообще не заниматься трудовой деятельностью.

Обеспечение здоровых и безопасных условий труда возлагается на администрацию предприятий, учреждений и организаций. Администрация обязана внедрять современные средства техники безопасности, предупреждающие производственный травматизм, и обеспечивать санитарно-гигиенические условия, предотвращающие возникновение профессиональных заболеваний работников. Основы законодательства об охране труда устанавливают гарантии осуществления трудящимися их права на охрану труда, обеспечивают единый порядок регулирования отношений работника с работодателем по вопросам охраны труда, направлены на создание здоровых и безопасных условий труда.

Оплата труда каждого работника зависит от его личного трудового вклада и качества труда и максимальным размером не ограничивается. Труд работников оплачивается повременно, сдельно или по иным системам оплаты.

Важнейшей гарантией права на защиту от безработицы является обеспечение занятости и трудоустройства. Закон «О занятости населения» закрепляет право граждан на обеспечение занятости и трудоустройство. Государственная служба занятости помогает гражданам в выборе подходящей работы, организует профессиональную подготовку, переобучение и повышение квалификации граждан в учебных центрах службы и других учебных заведениях.

При потере работы и безработице гражданам предоставляются социальные гарантии: пособия по безработице, выплата стипендий в

период профессиональной подготовки или переподготовки, компенсация затрат по переезду в другую местность на новую работу по предложению службы занятости, выплата в период безработицы пособия по временной нетрудоспособности и ряд других.

Разрешение трудовых споров регламентируется КЗоТ, а также законами «О порядке разрешения индивидуальных трудовых споров» и «О порядке разрешения коллективных трудовых споров». Конституция закрепляет право на забастовку. Забастовка – это крайняя, исключительная мера разрешения трудового конфликта. Право на забастовку – это право трудового коллектива и профсоюза, поскольку сама забастовка – это коллективные действия, форма ультиматума для удовлетворения требований, не получивших разрешения мирным путем. Закон РФ «О порядке разрешения коллективных трудовых споров» регламентирует проведение забастовок.

Материнство и детство, семья находятся под защитой государства. Забота о детях, их воспитание – равное право и обязанность родителей. Трудоспособные дети, достигшие 18 лет, должны заботиться о нетрудоспособных родителях. Семейное законодательство исходит из необходимости укрепления семьи, построения семейных отношений на чувствах взаимной любви и уважения, взаимопомощи и ответственности перед семьей всех ее членов, недопустимости произвольного вмешательства кого-либо в дела семьи, обеспечения беспрепятственного осуществления членами семьи своих прав, возможности судебной защиты этих прав.

В России действуют федеральные целевые программы «Дети Севера», «Дети-сироты», «Дети Чернобыля», «Планирование семьи», «Одаренные дети», «Безопасное материнство», «Развитие социального обслуживания семьи и детей» в составе президентской программы «Дети России». Система материальных гарантий материнства и детства предусматривается в федеральном законодательстве. Оно определяет перечень пособий, денежных выплат: пособие по беременности и родам, ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет, ежемесячное пособие на ребенка и ряд других.

Родители имеют равные права и равные обязанности в отношении своих детей. Родители имеют право и обязаны воспитывать своих детей. Защита прав и интересов детей возлагается на родителей. Родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей. Трудоспособные совершеннолетние дети обязаны содержать своих нетрудоспособных нуждающихся в помощи родителей

и заботиться о них.

Каждому гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом.

Осуществление конституционного права на социальное обеспечение может быть организовано в государственных и негосударственных формах. В государственной системе социального обеспечения можно выделить государственное социальное страхование, социальное обеспечение за счет прямых ассигнований из федерального бюджета, государственную социальную помощь. Государственное социальное страхование является формой осуществления застрахованными гражданами права на социальное обеспечение вследствие болезни, трудового увечья или профессионального заболевания, безработицы, инвалидности, беременности и родов, старости, потери кормильца, а также права на медицинскую помощь, санаторно-курортное лечение и другие услуги за счет средств государственных внебюджетных страховых фондов. К федеральным фондам социального страхования относятся Пенсионный фонд, Фонд социального страхования, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Государственный фонд занятости населения. Из Пенсионного фонда выплачиваются трудовые пенсии. Основополагающим документом в области пенсионного обеспечения является Закон РСФСР «О государственных пенсиях в Российской Федерации». В связи с трудовой деятельностью назначаются пенсии по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца, за выслугу лет.

Самым распространенным видом трудовой пенсии является пенсия по старости. Она назначается мужчинам по достижении 60 лет при общем трудовом стаже не менее 25 лет, женщинам по достижении 55 лет при общем трудовом стаже не менее 20 лет. Концепция пенсионной реформы прямо не предусматривает увеличения пенсионного возраста. Принятие политического решения по этому вопросу отложено.

Другой формой осуществления конституционного права каждого на денежные выплаты является обеспечение за счет прямых ассигнований из федерального бюджета. Эта форма охватывает государственных служащих, военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, государственной безопасности, налоговой полиции и членов их семей.

Еще одной формой социального обеспечения служит социальная помощь. Ее примерами являются социальные пенсии, единовременные пособия беженцам и вынужденным переселенцам, дотации на

приобретение лекарств, протезно-ортопедических изделий, дотации на оплату коммунально-бытовых услуг.

Каждый имеет право на жилище. Никто не может быть произвольно лишен жилища. Органы государственной власти и местного самоуправления поощряют жилищное строительство, создают условия для осуществления права на жилище. Малоимущим, иным указанным в законе гражданам, нуждающимся в жилище, оно предоставляется бесплатно или за доступную плату.

Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Одним из важнейших правовых актов в реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь являются Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Государство гарантирует охрану здоровья.

Право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Граждане имеют право на получение информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, на медико-социальную помощь в случае заболевания, утраты трудоспособности. В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения помощь должна оказываться бесплатно. Бесплатная медицинская помощь обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

Кроме этого, действуют законы РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии», «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «О наркотических средствах и психотропных веществах», «О предупреждении распространения в Российской Федерации ВИЧ-инфекции».

В стране должны финансироваться программы охраны и укрепления здоровья населения и приниматься меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряться деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

Каждый имеет право на благоприятную окружающую среду, достоверную информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии и на возмещение ущерба, причиненного его здоровью или имуществу экологическим правонарушением.

Право граждан на благоприятную среду обитания обеспечивается планированием и нормированием качества окружающей среды, мерами по предотвращению экологически вредной деятельности и оздоровлению окружающей среды, предупреждению и ликвидации последствий аварий, катастроф, стихийных бедствий, образованием государственных и общественных, резервных и иных фондов помощи, соблюдением природоохранного законодательства.

Закон РФ «Об охране окружающей природной среды» предусматривает обязанность государственных органов оказывать содействие общественным объединениям и гражданам в реализации их экологических прав. Граждане и общественные объединения могут требовать от гидрометеорологических и других соответствующих органов предоставления информации о состоянии окружающей среды.

Качество окружающей среды, факторы, влияющие на нее, экологическая оценка территорий являются предметом ежегодных государственных докладов «О состоянии окружающей природной среды в РФ».

Наиболее неблагоприятная экологическая обстановка в Тульской, Нижегородской, Ростовской, Свердловской областях, в Краснодарском и Приморском краях.

Ухудшение экологической обстановки стимулирует увеличение детской смертности и уменьшение продолжительности жизни. Общая заболеваемость населения наиболее загрязненных городов в 1,5-3 раза выше средних показателей по России. Загрязнение окружающей природной среды столь существенно влияет на генофонд нации, что остро встает вопрос о возможности ее выживания.

Каждый имеет право на образование. Гарантируется общедоступность и бесплатность дошкольного, основного общего и среднего профессионального образования в государственных или муниципальных образовательных учреждениях и на предприятиях. Каждый вправе на конкурсной основе бесплатно получить высшее образование в государственном или муниципальном образовательном учреждении и на предприятии. Основное общее образование обязательно.

Основным актом, регулирующим отношения в области образования, является Закон РФ «Об образовании». Государственная политика в области образования основывается на принципах гуманистического характера образования, приоритета общечеловеческих ценностей, жизни и здоровья человека, свободного развития личности. Основное общее образование – это образование в объеме 9 классов общеобразовательной школы или приравненного к ней иного образовательного учреждения. Получение полного (среднего) общего об-

разования в объеме 10–11 классов является личным делом каждого. Государство гарантирует общедоступность и бесплатность начального общего, среднего общего образования, а также начального профессионального образования.

Каждому гарантируется свобода литературного, художественного, научного, технического и других видов творчества, преподавания. Интеллектуальная собственность охраняется законом. Каждый имеет право на участие в культурной жизни, доступ к культурным ценностям.

Свобода преподавания заключается в праве преподавателя на свободу выбора и использования методик обучения и воспитания, учебных пособий и материалов, учебников, методов оценки знаний обучающихся, воспитанников.

К числу основных нормативных актов, охраняющих интеллектуальную собственность, относятся Патентный закон, охватывающий отношения, связанные с созданием, охраной и использованием изобретений, полезных моделей и промышленных образцов, Закон РФ «О товарных знаках, знаках обслуживания и наименованиях мест происхождения товаров», Закон РФ «О правовой охране программ для электронных вычислительных машин и баз данных», Закон РФ «Об авторском праве и смежных правах».

Несмотря на то, что в последние годы достигнут прогресс в реализации прав на свободу мысли и слова, на объединение, на проведение митингов, шествий и демонстраций, избирать и быть избранным, с реализацией прав на жизнь, на социальное обеспечение, на охрану здоровья, на благоприятную окружающую среду существуют серьезные проблемы. Необходимы срочные меры государства по улучшению социального обеспечения, здравоохранения, экологической обстановки, а также по выходу из демографического кризиса.

Литература

Алексеев С.С. Общая теория права. – М.: БЕК, 1982.

Богуславский М.М. Международное частное право. – М.: Международные отношения, 1994.

Всеобщая Декларация прав человека Генеральной Ассамблеи ООН от 1948 г.

Гражданский кодекс РФ. ч. 2. – М.: ПРИОР, 1996.

Конвенция о защите основных прав и свобод человека от 1950 г.

Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины от 1996 г.

Конституция Российской Федерации (РФ). – М., 1994.

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. – М., 1993.

Раздел 2. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. Определение медицинского права

Конституция РФ 1993 г. закрепила право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, развивается деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

Принимаются и финансируются федеральные целевые программы по предупреждению распространения заболеваний СПИДом в Российской Федерации (Анти-СПИД), помощи больным диабетом, по охране окружающей среды и др.

Правоотношения, которые возникают в области здравоохранения, регулируются рядом отраслей права, нормы которых прямо или косвенно имеют своей целью охрану здоровья населения.

В сфере здравоохранения центральный правовой акт – «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». В этом документе определены основные принципы охраны здоровья граждан, основы организации и руководства здравоохранением, гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам, обязанности и права медицинских и фармацевтических работников, порядок медицинской экспертизы, ответственность за причинение вреда здоровью граждан.

Для регламентации отношений в области медицинского страхования принят Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Медицинскую деятельность регулируют и подзаконные акты – приказы, инструкции, положения министерства здравоохранения РФ.

Общеправовой классификатор отраслей законодательств выделяет законодательство об охране здоровья граждан.

Под медицинским правом понимается совокупность нормативных

актов, определяющих организационные, структурные, общеправовые отношения при оказании лечебно-профилактической помощи людям, проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий и иных действий, связанных с деятельностью по охране здоровья граждан.

Предмет медицинского права включает в себя правоотношения при осуществлении лечебно-профилактической, санитарно-гигиенической деятельности и акты, определяющие правовой статус участников этих отношений.

Система медицинского права включает в себя лечебно-профилактические, санитарно-гигиенические нормы, правовые акты, регулирующие деятельность в сфере здравоохранения.

2.2. Основной закон страны о здравоохранении

В области охраны здоровья Конституция РФ исходит из положений Всеобщей декларации прав человека Генеральной ассамблеи ООН от 1948 г., Конвенции о защите основных прав и свобод человека от 1950 г., Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины от 1996 г. и др.

Всемирная Организация Здравоохранения исходит из того, что здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или физических дефектов.

Основной закон страны, исследуя нормы международного права, включает в обязанность государства охрану здоровья людей. Ст. 41 Конституции РФ определяет, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Таким образом, признается право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь. В «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» под охраной здоровья граждан понимается совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Право людей на охрану здоровья органи-

зуется государством и обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта и отдыха граждан, контролем за качеством продуктов питания, организацией медико-социальной помощи. Особо отмечено, что государство обеспечивает гражданам охрану здоровья вне зависимости от национальности, пола, должностного положения и других обстоятельств. Также не допускается дискриминация, обусловленная наличием у граждан каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность. При нахождении за пределами Российской Федерации гражданам гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами. По тексту Конституции РФ, иностранным гражданам и лицам без гражданства также гарантируется право на охрану здоровья.

В ч. 2 ст. 41 Конституции РФ определено, что в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека.

Таким образом, Конституция РФ декларирует право каждого на охрану здоровья и устанавливает, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2.3. Законодательная основа организации медицинской помощи

Медико-социальная помощь включает в себя профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, выплату пособий по временной нетрудоспособности (ст. 20 Основ).

Различают государственную, муниципальную и частную системы здравоохранения. К государственной системе здравоохранения относятся Министерство здравоохранения РФ, министерства здравоохранения республик в составе РФ, органы управления здравоохранением областей, округов, краев, городов. Российская академия медицинских наук, Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора РФ. Кроме этого, в государственную систему здравоохранения входят находящиеся в государственной собственности лечебно-профилактические, научно-исследовательские, образователь-

ные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники. Все эти предприятия вне зависимости от ведомственной подчиненности являются юридическими лицами.

В муниципальную систему здравоохранения включены органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические, научно-исследовательские, аптечные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения.

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические, образовательные, аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, лица, занимающиеся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью.

Выделяют первичную медико-санитарную, скорую медицинскую и специализированную медицинскую помощь.

Первичная медико-санитарная помощь включает в себя лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и других неотложных состояний, проведение санитарно-гигиенических и противозидемических мероприятий, санитарно-гигиеническое образование, проведение мер по охране материнства, отцовства, детства. Она должна быть оказана бесплатно для каждого гражданина в соответствии с программой обязательного медицинского страхования. Первичная медико-санитарная помощь обеспечивается учреждениями муниципальной системы здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы. Не допускается взимание платы за оказание этого вида помощи. Нарушители несут установленную законом ответственность.

При состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, оказывается скорая медицинская помощь. Она осуществляется бесплатно, безотлагательно, вне зависимости от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности медицинских учреждений, только медицинскими работниками.

Скорая медицинская помощь оказывается специальной службой скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения. Из текста Основ следует, что в частной системе здравоохранения такая служба не может быть организована.

Если при возникшем заболевании требуются специальные методы диагностики, лечения и использование сложных медицинских технологий, то гражданам оказывается специализированная медицинская

кая помощь. Она может быть осуществлена врачами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности.

Система финансирования здравоохранения строится по бюджетно-страховой модели. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования (ОМС). Поступление денежных средств по системе ОМС происходит от страхователя через внебюджетные фонды ОМС и страховые медицинские компании в лечебно-профилактические учреждения. Данная модель финансирования несовершенна и порой затрудняет получение медицинской помощи гражданами России, что требует ее изменения.

Взимание платы с граждан РФ за оказание помощи по перечню, представленному в территориальной программе ОМС в лечебных учреждениях, работающих по системе ОМС, не допускается (Конституция РФ). Данные программы рассылаются по медицинским учреждениям.

Гражданка Н. обратилась в суд с жалобой на то, что ей было отказано в лечении на основании того, что она проживала в Чеченской Республике и не имеет регистрации в городе Н. В результате неоказания медицинской помощи причинен вред ее здоровью средней тяжести. Нарушены ст. 41 Конституции РФ, ст. 17 Основ, где определяется, что государство обеспечивает гражданам охрану здоровья вне зависимости от места жительства в соответствии с программами ОМС, а в случае возникновения вреда здоровью ответственность наступает по ст. 124 Уголовного кодекса РФ (неоказание помощи больному).

Граждане имеют право и на дополнительные медицинские услуги в соответствии с Законом РСФСР «О медицинском страховании граждан в РФ», а также за счет средств предприятий, учреждений, организаций, своих личных средств и иных источников.

Источниками финансирования здравоохранения являются средства бюджетов всех уровней, средства, направленные на обязательное и добровольное медицинское страхование, средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья, государственных и муниципальных предприятий, организаций, доходы от ценных бумаг, кредиты, благотворительные взносы, иные законные источники. Платные медицинские услуги населению предоставляются медицинскими учреждениями в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи. Такие медицинские услуги могут осуществляться медицинскими учреждениями в рамках договоров с гражданами или организациями на оказание медицинских услуг работникам и членам их семей («Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», утвержденные Постановлением Правительства

РФ № 27 от 13.01.96). Медицинские учреждения оказывают платные медицинские услуги при наличии сертификата и лицензии на избранный вид деятельности. Кроме того, государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают такие виды медицинских услуг по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением.

2.4. Контроль качества медицинской помощи

Государственный стандарт РФ «модель обеспечения качества услуг» ГОСТ-р 60691-94, утвержденный Постановлением Госстандарта РФ от 29.06.94 № 181, определил качество услуги как совокупность характеристик услуги, определяющую ее способность удовлетворять установленную или предполагаемую потребность потребителя. Медицинская услуга в соответствии с этим документом относится к социально-культурным услугам.

На сегодняшний день в территориальных фондах ОМС, страховых медицинских организациях завершено формирование подразделений для вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи. Все более насущными становятся вопросы взаимодействия вневедомственной и ведомственной экспертизы качества медицинской помощи. В рамках программы по созданию вневедомственной экспертизы практически во всех территориальных фондах ОМС сформированы отделы экспертизы качества медицинской помощи, составлен реестр штатных и нештатных врачей-экспертов РФ. Эффективность этой работы крайне низка из-за несовершенства правовой базы.

В 1996 г. создан Межрегиональный экспертный совет по экспертизе качества медицинской помощи, в обязанность которого входят разработка нормативных документов, обобщение опыта территорий по экспертизе качества медицинской помощи. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.10.96 «О совершенствовании качества медицинской помощи населению РФ» установил положения о системе ведомственного контроля качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения РФ и о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи, а также определил цели и задачи контроля качества оказания медицинской помощи. Целью ведомственного контроля качества медицинской помощи является обеспечение прав пациента на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических резервов здравоохранения и при-

менения совершенных медицинских технологий.

Система ведомственного контроля включает в себя оценку состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов лечебно-профилактических учреждений, экспертизу процесса медицинской помощи конкретным пациентам, изучение мнений пациентов, регистрацию и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи, выявление дефектов, врачебных ошибок и других факторов, оказывающих негативное действие и повлекших за собой снижение эффективности медицинской помощи, подготовку рекомендаций для руководства лечебно-профилактических учреждений и органов управления здравоохранением, которые направлены на предупреждение врачебных ошибок в работе, повышение качества и эффективности медицинской помощи, контроль за реализацией управленческих решений. Ведомственный контроль качества медицинской помощи осуществляется экспертным путем должностными лицами лечебно-профилактических учреждений, клиничко-экспертными комиссиями и главными специалистами всех уровней здравоохранения. В необходимых случаях для проведения экспертиз могут привлекаться сотрудники вузов, научно-исследовательских институтов и т.д.

В «Положении о вневедомственном контроле качества медицинской помощи в РФ» под системой вневедомственного контроля понимается оценка качества медицинской помощи субъектами, не входящими в систему здравоохранения, в пределах своей компетенции. Субъектами системы контроля являются лицензионно-аккредитационные комиссии (ЛАК), которые осуществляют контроль за безопасностью медицинских услуг для пациентов и персонала, их соответствием установленным стандартам при лицензировании и аккредитации учреждений здравоохранения; контроль за выполнением учреждениями здравоохранения и физическими лицами лицензионных условий, выдачу лицензий и сертификатов юридическим лицам и гражданам, участвуют в формировании вневедомственной экспертизы и регистра экспертов на территории субъектов РФ. Исполнительные органы фондов ОМС в пределах компетенции осуществляют контроль за оформлением документов, подтверждающих временную нетрудоспособность граждан.

Страховые медицинские компании организуют и осуществляют в рамках заключенных договоров обязательного и добровольного медицинского страхования контроль качества, объема и сроков оказания медицинской помощи, определяют соответствие представленных к оплате счетов за оказание медицинских услуг их истинному

объему и качеству, предъявляют претензии и иски лечебно-профилактическим учреждениям по возмещению ущерба, причиненного застрахованным гражданам, информируют органы управления здравоохранением, ЛАК о выявленных в ходе экспертной работы недостатках в деятельности лечебно-профилактических учреждений, участвуют в разработке тарифов на медицинские услуги, заключают договоры на выполнение медицинских экспертиз качества с компетентными организациями и специалистами, участвуют в лицензировании и аккредитации лечебно-профилактических учреждений и физических лиц, обращаются в ЛАК с заявлением о приостановлении или прекращении действия лицензии; перезаключают договоры на предоставление лечебно-профилактическими учреждениями медицинских услуг по медицинскому страхованию.

Страхователь осуществляет контроль за соблюдением условий договора медицинского страхования, получает информацию об имеющихся на территории организациях, наделенных правами осуществления экспертизы качества медицинской помощи, получает от страховщика информацию о медицинской помощи застрахованным и мерах по ее совершенствованию, доводит до сведения застрахованных граждан результаты экспертной оценки качества медицинской помощи и мер по ее улучшению, перезаключает договоры медицинского страхования в случаях выявленных нарушений при оказании медицинской помощи.

Профессиональные медицинские ассоциации организуют экспертизы качества медицинской помощи, участвуют в разработке стандартов качества медицинской помощи, программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских кадров, участвуют в формировании реестров экспертов и работе комиссий по аттестации медицинских работников, аккредитации и лицензированию, квалификационных комиссий.

Комитет Общества по защите прав потребителей изучает общественное мнение о качестве оказываемой медицинской помощи, информирует субъекты внесведомственного контроля о качестве медицинской помощи и органы управления здравоохранением о дефектах в оказании медицинских услуг, защищает права пациентов путем отстаивания их интересов в административных и судебных органах.

Внесведомственный контроль проводится в виде предупредительного контроля, контроля результата, целевого и планового контроля. Внесведомственный контроль осуществляется следующими лицами:

– внештатным медицинским экспертом, который должен иметь

высшее медицинское образование, подготовку по врачебной специальности и иметь стаж работы по ней не менее 10 лет, высшую квалификационную категорию или ученую степень, пройти специальную подготовку по экспертизе и получить лицензию на право экспертной деятельности;

– экспертом страховой медицинской компании. Данный специалист должен иметь высшее медицинское образование, стаж работы по врачебной специальности 5 лет, специализацию по организации здравоохранения и социальной гигиене, пройти подготовку по экспертизе. Он является штатным сотрудником страховой медицинской компании.

Приказ Минздравмедпрома РФ № 5 «О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности» от 13.01.96 определяет, что экспертиза качества медицинской помощи является функцией заведующих подразделениями (1-я ступень), заместителя руководителя по клинико-экспертной помощи (2-я ступень), клинико-экспертных комиссий учреждений (3-я ступень). Экспертиза проводится по медицинским документам, а также очно, обязательна в случаях смертельных исходов, осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста, заболеваний с удлинённым или укороченным сроком лечения, при расхождении диагнозов, жалобах пациентов.

Литература

- Гражданский кодекс РФ. ч. 2.* – М.: ПРИОР, 1996.
- Закон РФ от 1991 г. с поправками от 1993 г. «О медицинском страховании граждан РФ».*
- Закон РФ от 27.11.92 «О страховании».*
- Закон РФ в редакции от 09.01.96 «О защите прав потребителей».*
- Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга к Приказу Минздрава Российской Федерации от 10.08.93 № 189.*
- Кодекс законов о труде РФ (КЗоТ).* – М.: Спарк, 1995.
- Кодекс об административных правонарушениях (КоАП).* – М.: Спарк, 1995.
- Комментарий к Конституции РФ / Под ред. С.С. Алексеева.* – М., 1994.
- Комментарий части второй Гражданского Кодекса / М.И. Брагинский, В.В. Витрянский, Е.А. Суханов и др.* – М.: ФПК, 1996.
- Конституция Российской Федерации (РФ).* – М., 1994.
- Леонтьев О.В., Бойцов С.А., Леонтьев Д.В.* Правовые аспекты деятельности врача лечебного профиля. – СПб.: Петербург XXI век, 1997.
- Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан.* – М., 1993.
- Полушин Ю.С., Левшанков А.И.* Этические и юридические аспекты дея-

тельности анестезиолога и реаниматолога // Воен.-мед. журн. – 1998. – Т. 319, № 2. – С. 4–11.

«Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», утвержденные постановлением Правительства РФ 27 от 13.01.96.

Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью: прил. 1 к приказу Минздрава РФ от 10.12.96 № 407.

Приказ Минздрава РФ от 24.10.96 «О совершенствовании качества медицинской помощи населению РФ».

Приказ Минздравмедпрома РФ № 148 от 18.04.96 «О лицензировании медицинской деятельности».

Тихомиров А.В. Медицинская услуга. – М.: ИИД Филинь, 1997.

Уголовно-процессуальный кодекс РФ. – СПб., 1994.

Уголовный кодекс РФ. – М.: НИФРА-М, 1997.

Раздел 3. ПРАВОВОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ГРАЖДАН И ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

3.1. Правовой статус медицинских работников

Право на занятие медицинской деятельностью имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование, имеющие диплом и специальные звания. Ст. 6 Федерального закона "О высшем и послевузовском профессиональном образовании" от 1996 г. определяет, что для лица, освоившие образовательные программы высшего медицинского и высшего фармацевтического образования, не могут выполнять свои профессиональные обязанности без прохождения первичной годичной послевузовской подготовки.

Некоторые виды медицинской деятельности не разрешаются лицам, не имеющим сертификата специалиста и лицензии. В период обучения в учреждениях здравоохранения врачи имеют право на работу в этих учреждениях под контролем медперсонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку. Студенты высших и средних медицинских учебных заведений допускаются к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения под контролем медперсонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку.

Врачи, не работающие по своей специальности больше 5 лет, допускаются к практической медицинской деятельности только после подтверждения своей квалификации в соответствующем учреждении на основании проверочного испытания, проведенного комиссиями профессиональных медицинских ассоциаций.

Право на занятие частной медицинской практикой вытекает из конституционных положений о многообразии форм собственности. Законодательство определяет, что частная медицинская практика есть оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне государственных и муниципальных учреждений системы здравоохранения за счет личных средств граждан или предприятий, организаций в соответствии с заключенным договором. Оговорены условия занятия частной медицинской практикой. Прежде всего это наличие диплома

о высшем или среднем медицинском образовании, сертификата специалиста и лицензии на избранный вид деятельности. Сертификат выдается на основании послевузовского образования (аспирантуры, ординатуры), специализации или проверочного испытания, которое проводится в комиссиях профессиональных медицинских ассоциаций. Сертификат должен заменить собой аттестацию медицинских работников, подтверждает соответствие подготовки специалиста государственным стандартам и свидетельствует о достижении медицинским работником определенного уровня знаний. Сертификация заключается в прохождении курса последипломного усовершенствования и сдачи экзаменов.

Лицензии на определенные виды медицинской деятельности выдают лицензионные комиссии при органах государственного управления или местной администрации на основании сертификата специалиста. Приказ Минздравмедпрома РФ № 148 от 18.04.96 «О лицензировании медицинской деятельности» устанавливает положения о лицензионных органах в структуре исполнительной власти и о выдаче лицензии, т.е. официального документа, разрешающего медицинскую деятельность указанного в нем вида в течение установленного срока. Для получения лицензии в лицензионный орган подается заявление о выдаче лицензии с указанием организации, юридического адреса, номера расчетного счета, наименования обслуживающего банка, копия учредительных документов, копия свидетельства о государственной регистрации юридического лица (для юридического лица), указываются паспортные данные (для физического лица), вид медицинской деятельности, срок действия лицензии, представляются документ, подтверждающий оплату рассматриваемого заявления, данные о профильной подготовке специалиста, данные о нормативно-методическом обеспечении, организационных возможностях и оснащении для выполнения соответствующих видов медицинской деятельности. Решение о выдаче или об отказе принимается в течение 30 дней со дня подачи заявления и документов. Основанием для отказа служит недостаточная или искаженная информация, а также экспертное заключение, устанавливающее отсутствие возможностей для осуществления вида медицинской деятельности. Лицензия выдается на срок не менее 3 лет. Деятельность на основании лицензии может осуществляться на территории иных субъектов РФ после регистрации органом исполнительной власти. Контроль за соблюдением лицензиатом условий осуществляет лицензионный орган, который может приостанавливать или аннулировать лицензию.

Разрешение на занятие частной медицинской практикой выдается местной администрацией по согласованию с профессиональными медицинскими ассоциациями и действует на подведомственной территории. Эти же органы осуществляют контроль за качеством оказания медицинской помощи. Частную медицинскую практику могут приостановить или запретить выдавшие разрешение органы либо суд.

Законодательством закреплено право на занятие народной медициной. Под народной медициной понимаются методы оздоровления, профилактики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством РФ. Для осуществления этой деятельности необходимы гражданство РФ, получение диплома целителя, выданного министерствами здравоохранения республик в составе РФ, органами управления здравоохранением других субъектов РФ. Диплом целителя дает право на занятие народной медициной на территории подведомственной органу управления здравоохранением, выдавшему диплом. Этот же орган может лишить целителя диплома. Данное действие может быть обжаловано в суде. Запрещается проведение сеансов массового целительства, в том числе и с использованием средств массовой информации. Незаконное занятие целительством влечет административную или уголовную ответственность.

Законодательством особо выделено положение о врачебной тайне, которую составляют сведения о дате обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Нельзя разглашать эту информацию лицам, которым она стала известна при обучении, исполнении профессиональных, служебных обязанностей, кроме:

1. Обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю.

2. При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений.

3. По запросу органов следствия, прокуратуры, суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства.

4. В случае оказания помощи несовершеннолетнему до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей.

5. При наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

За разглашение врачебной тайны лица несут ответственность согласно законодательству РФ.

В ст. 63 Основ представлены социальная и правовая защита ме-

медицинских работников, которые имеют право на обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда, работу по трудовому договору, в том числе за рубежом; защиту своей профессиональной чести и достоинства, получение квалификационных категорий в соответствии с уровнем теоретической и практической подготовки, совершенствование профессиональных знаний, переподготовку за счет средств бюджетов, страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением профессиональных обязанностей, в условиях, угрожающих жизни и здоровью граждан, бесплатное пользование средствами связи, любым видом транспорта для перевозки гражданина в любое ближайшее лечебное учреждение; первоочередное получение жилых помещений, установку телефона, предоставление их детям мест в дошкольных и санаторно-курортных учреждениях, иные льготы, предусмотренные законодательством РФ.

Врачи, работники со средним медицинским образованием государственной и муниципальной систем здравоохранения, которые работают и проживают в сельской местности, а также члены их семей, проживающие с ними, имеют право на бесплатное предоставление квартир с отоплением и освещением. На выпускников медицинских высших и средних учебных заведений распространяются порядок и условия выдачи единовременного пособия на хозяйственное обзаведение, установленные для специалистов, окончивших сельскохозяйственные учебные заведения.

В случае причинения вреда здоровью медицинских работников при исполнении ими трудовых обязанностей или профессионального долга им возмещается ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством РФ. ОМС этой категории составляет 120 месячных должностных окладов. При гибели работников государственной или муниципальной системы здравоохранения при исполнении трудовых обязанностей или профессионального долга во время оказания медицинской помощи, а также при проведении научных исследований семьям погибших выплачивается денежное пособие в размере 120 месячных должностных окладов.

3.2. Правовой статус граждан при оказании им медицинской помощи

Законодатель закрепил права граждан при оказании им медико-социальной помощи: уважительное и гуманное отношение со стороны медперсонала; выбор врача с учетом его согласия; выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами медицинского страхования; соответствующие санитарно-гигиенические требования к условиям обследования и лечения; проведение по просьбе пациента консилиума и консультации других специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством; сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении; информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство; право на отказ от медицинского вмешательства; получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана эта информация.

Закон позволяет гражданину непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. Конституция РФ, законодательство о здравоохранении не допускают ограничения предоставления информации о состоянии своего здоровья (кроме случаев, если предоставление информации может нарушить интересы третьих лиц), а непредставление копий документов врачами (в частности врачами-психиатрами и т.д.) больному ущемляют права пациента и влечет наказание в соответствии с законодательством.

Для проведения медицинского вмешательства необходимо получить добровольное согласие пациента. Если состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос решается консилиумом врачей-специалистов, а при невозможности его созыва – лечащим или дежурным врачом с последующим уведомлением должностных лиц лечебного учреждения.

Если пациент не достиг 15-летнего возраста или недееспособен, то согласие на медицинское вмешательство дают его законные представители, при их отсутствии – консилиум, а при невозможности его созвать – лечащий или дежурный врач с последующим уведомлением должностного лица данного учреждения.

Например, оказание медицинской помощи 13-летнему подростку, доставленному в больницу из пионерского лагеря по поводу острого аппендицита, было отложено в связи с его несогласием на оперативное лечение. Был направлен запрос по месту жительства родителей. При появлении признаков перитонита, не дождавшись ответа родителей, операцию сделали, но больной умер. Медперсоналом была нарушена ст. 31 Основ, где указано, что при отсутствии законных представителей больного решение принимает консилиум врачей или дежурный врач.

Отказ от медицинского вмешательства с осведомленностью о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо его законным представителем и медицинским работником.

Однако существует исключение (ст. 34 Основ), когда оказание медицинской помощи допускается без согласия граждан или их законных представителей в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, а также лиц, совершивших общественно опасное деяние. Под оказанием медицинской помощи в данном случае понимаются медицинское освидетельствование, госпитализация, изоляция и наблюдение.

Медицинское освидетельствование и наблюдение без согласия пациента может определить врач (консилиум), а решение о госпитализации выносит суд.

Пациент имеет право требовать допуска к нему священнослужителей и адвокатов.

В российском законодательстве впервые появилось понятие эвтаназии, под которой понимается удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственного поддержания жизни. Подлежит уголовной ответственности лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии или осуществляет ее.

Конституция РФ устанавливает ответственность должностных лиц за сокрытие актов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей. Граждане имеют право на регулярное получение достоверной информации о различных факторах, воздействующих на организм человека.

Обязанности пациента при оказании ему медицинской помощи регламентируют «Правила приема и выписки больных», утвержденные главным врачом лечебно-профилактического учреждения. С этими правилами пациент знакомится при поступлении в стационар и подписывается об этом в истории болезни. Пациент обязан соблюдать распорядок дня, чистоту и порядок в помещениях, находиться во время врачебных обходов в палате, не курить, не употреблять ал-

коголь, не играть в азартные игры, не нарушать общественный порядок, принимать лекарства согласно предписаниям врача и т.д. В случае нарушения больничного режима и лечебных назначений лечащий врач по согласованию с соответствующими должностными лицами может отказаться от лечения больного.

Еще один аспект, на который необходимо обратить особое внимание – это проведение экспериментов с участием людей. В ст. 21 Конституции РФ сказано, что никто не может быть подвергнут медицинским, научным или иным опытам без добровольного согласия.

Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины от 1996 г. и Основы запрещают применение неразрешенных методов диагностики, лечения и лекарственных средств.

Однако если методы диагностики, лечения и лекарственные средства не разрешены к применению, но находятся на рассмотрении в установленном законом порядке, они могут быть использованы в интересах излечения пациента с его добровольного письменного согласия.

Биомедицинское исследование проводится только в учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения. Перед проведением исследования необходимо получить данные лабораторного эксперимента. Любое медицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия граждан. Принуждение к участию в таких исследованиях не допускается.

Пациент должен быть проинформирован о целях, методах, побочных эффектах, риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования и имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии. Кроме того, ст. 18 Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины от 1996 г. устанавливает порядок исследования на эмбрионах *in vitro* с соответствующей их защитой и запрещает создание эмбрионов человека в исследовательских целях.

3.3. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья

Законом выделены следующие права отдельных групп населения в области охраны здоровья.

1. Предусматриваются бесплатные консультации семье по меди-

цинским показаниям, по вопросам планирования семьи, медико-генетические, медико-патологические, другие консультации и обследования с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства.

В период лечения ребенка в стационаре одному из родителей или иному члену семьи предоставляется право нахождения с ним в течение всего времени пребывания в больничном учреждении независимо от возраста ребенка. Этому лицу должен быть выдан листок нетрудоспособности. При карантине, в случае ухода за ребенком в возрасте до 7 лет одному из членов семьи выплачивается пособие за весь период карантина или амбулаторного лечения. Пособие по уходу за больным ребенком в возрасте от 7 до 15 лет выплачивается за период не более 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока.

В детскую больницу поступил мальчик 6 лет с диагнозом «левосторонняя крупозная пневмония». В больнице с ним решил находиться его отец. Заведующий отделением запретил отцу остаться с ребенком, сославшись на то, что может разрешить это только матери. Тем самым была нарушена ст. 22 Основ, где сказано, что одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка.

2. Беременным женщинам и матерям обеспечивается право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья. В период беременности, во время и после родов каждая женщина обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения. В соответствии с законодательством РФ гарантирован оплачиваемый отпуск по беременности и родам.

Администрация отказалась перевести беременную женщину, работающую с радиоактивными веществами, на другую работу. Тем самым была нарушена ст. 23 Основ, которая закрепляет положение о том, что государство обеспечивает беременным женщинам право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья.

3. Несовершеннолетним, которые имеют право на диспансерное наблюдение и лечение в учреждениях детской и подростковой медицинской службы, предоставляются медико-социальная помощь и питание на льготных условиях, обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов, бесплатную медицинскую консультацию при определении профессиональной пригодности, получение информации о состоянии здоровья.

Заведующий лабораторией отказался перевести 16-летнюю девушку, которая работала с концентрированными препаратами и сослалась на ухудшение своего здоровья, на другую работу, мотивируя это тем, что на данную работу он не может найти желающих. Тем самым была нарушена ст. 24 Основ, где закреплено право несовершеннолетних на труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов.

4. Военнослужащим, гражданам, подлежащим призыву на военную службу и поступающим на военную службу по контракту, гарантируется право на медицинское освидетельствование для определения годности к военной службе, досрочного увольнения на основании заключения военно-врачебной комиссии (ВВК).

Призывник У. в период обследования на ВВК предъявил жалобы на частые головокружения, потерю сознания. Сообщает о черепно-мозговой травме в прошлом. Однако после стационарного обследования неврологической патологии не выявлено, признан годным к службе. Призывник в связи с несогласием с заключением ВВК потребовал назначения независимой медицинской экспертизы, но ему в этом было отказано и заявлено о том, что он уклоняется от военной службы и понесет ответственность. В данном случае усматривается прямое нарушение ст. 51 Основ, где сказано о том, что гражданам представляется право на обследование независимой ВВК.

5. Граждане пожилого возраста по достижении возраста, установленного законодательством РФ для назначения пенсии по старости, имеют право на медико-социальную помощь и на лекарственное обеспечение на льготных условиях.

6. Инвалидам, которые имеют право на медико-социальную помощь, реабилитацию, обеспечение лекарствами, протезами, средствами передвижения на льготных условиях. Порядок оказания инвалидам медико-социальной помощи определяется законодательством РФ.

Кроме этого, в Основах выделяются права граждан в чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах. Пострадавшие при чрезвычайной ситуации имеют право на бесплатную медицинскую помощь, санаторно-курортное лечение.

Особо выделены права на медицинскую помощь в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения лиц, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы. Не допускаются испытание новых методов диагностики, профилактики и лечения, лекарственных средств, проведение биомедицинских исследований с привлечением в качестве объекта этого контингента.

Таким образом, гражданин имеет право при оказании ему медико-социальной помощи на достойное отношение к себе со стороны медперсонала, выбор врача с учетом его согласия, выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами медицинского страхования, соответствующие санитарно-гигиенические условия обследования и лечения.

3.4. Правила выдачи листка нетрудоспособности

Минздравмедпром РФ (приказ № 206 от 19.10.94) и Фонд социального страхования РФ (постановление № 21 от 19.10.94) утвердили «Инструкцию о порядке выдачи документов, подтверждающих временную нетрудоспособность граждан». В ней определено, что документами, удостоверяющими временную нетрудоспособность и подтверждающими временное освобождение от работы (учебы), являются листок нетрудоспособности, а в отдельных случаях справки, выдаваемые гражданам при заболеваниях и травмах, на период медицинской реабилитации, при необходимости ухода за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом на период карантина, при отпуске по беременности и родам, при протезировании в условиях протезно-ортопедического стационара.

Право выдачи листков нетрудоспособности (справок) предоставляется лечащим врачам государственной, муниципальной (в том числе врачам туберкулезных санаториев и клиник научно-исследовательских институтов протезирования, протезостроения, медико-социальной экспертизы, центров реабилитации, осуществляющих протезирование опорно-двигательного аппарата, и стационаров протезно-ортопедических организаций системы Министерства труда и социального развития Российской Федерации) и частной систем здравоохранения, а также врачам, занимающимся частной медицинской практикой вне учреждения здравоохранения, при наличии у них лицензии на проведение экспертизы временной нетрудоспособности. По решению местных органов управления здравоохранением в исключительных случаях выдача листков нетрудоспособности (справок) может быть разрешена медицинскому работнику со средним медицинским образованием.

Пособие по временной нетрудоспособности, беременности и родам назначается и выплачивается при предъявлении листка нетрудоспособности.

Листок нетрудоспособности выдается гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам, лицам без гражданства, беженцам и вынужденным переселенцам, работающим на предприятиях, в организациях и учреждениях Российской Федерации, независимо от форм собственности. Кроме того, листок нетрудоспособности выдается гражданам, у которых нетрудоспособность или отпуск по беременности и родам наступили в течение 1 мес после увольнения с работы по уважительным причинам; безработным гражданам, состоящим на учете в

территориальных органах труда и занятости населения; бывшим военно-служащим, уволенным со срочной службы из Вооруженных Сил Российской Федерации, в течение 1 мес после увольнения.

Контроль за выдачей листков нетрудоспособности (справок) осуществляют органы управления здравоохранением соответствующего уровня, профессиональные медицинские ассоциации, исполнительные органы Фонда социального страхования Российской Федерации. В осуществлении контроля могут участвовать комиссии по аккредитации и лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности и подразделения территориальных фондов ОМС.

Выдача и продление документа, удостоверяющего временную нетрудоспособность, осуществляются врачом после личного осмотра при предъявлении документа, удостоверяющего личность пациента, и подтверждаются записью в медицинской документации, обосновывающей временное освобождение от работы. Гражданину, пребывающему вне постоянного места жительства, листок нетрудоспособности выдается (продлевается) лечащим врачом, установившим факт нетрудоспособности, с разрешения администрации лечебно-профилактического учреждения, с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства. Документы, подтверждающие временную утрату трудоспособности российских граждан в период их пребывания за границей, по возвращении подлежат замене на листок нетрудоспособности лечащим врачом с утверждением его администрацией лечебно-профилактического учреждения.

При заболеваниях и травмах лечащий врач выдает листок нетрудоспособности единолично и одновременно на срок до 10 календарных дней и продлевает его единолично на срок до 30 календарных дней. Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, имеют право выдавать документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, на срок не более 30 дней. Средний медицинский работник, имеющий право выдавать листки нетрудоспособности, единолично и одновременно выдает его на срок до 5 дней и продлевает до 10 дней, в исключительных случаях – на срок до 30 дней. При временной утрате трудоспособности более 30 дней решение о дальнейшем лечении и продлении листка нетрудоспособности принимает клинико-экспертная комиссия, назначаемая руководителем медицинского учреждения. При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе комиссия своим решением может продлить листок нетрудоспособности до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 мес, а в отдельных случаях (туберкулез, состояния после реконструктивных

операций, травмы) на срок не более 12 мес с периодичностью продления его комиссией не реже чем через 30 дней. Выдача листка нетрудоспособности за прошедшие дни, когда больной не был освидетельствован врачом, запрещается, и лишь в исключительных случаях он может быть выдан по решению клинико-экспертной комиссии. При обращении пациента за медицинской помощью в конце рабочего дня листок нетрудоспособности при согласии больного выдается со следующего календарного дня. Больным, направленным здравпунктом в лечебно-профилактическое учреждение и признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается с момента обращения в здравпункт. Пациентам, нуждающимся в лечении в специализированных лечебно-профилактических учреждениях, лечащие врачи выдают листок нетрудоспособности с последующим направлением в учреждение соответствующего профиля для продолжения лечения.

Нетрудоспособные граждане, направленные на консультацию (обследование, лечение) в лечебно-профилактическое учреждение за пределы административного района, получают листок нетрудоспособности на число дней, необходимое для проезда.

При выписке из стационара листок нетрудоспособности выдается на весь период стационарного лечения, а для иногородних – с учетом дней проезда к месту жительства и при необходимости может быть продлен еще до 10 дней. Если заболевание или травма, ставшие причиной временной нетрудоспособности, явились следствием алкогольного, наркотического, токсикоманического опьянения, листок нетрудоспособности выдается с соответствующей отметкой о факте опьянения в истории болезни (амбулаторной карте) и в листке нетрудоспособности.

При амбулаторном лечении больных на период проведения инвазивных методов обследования и лечения (эндоскопические исследования с биопсией, гемодиализ и т.д.) листок нетрудоспособности по решению клинико-экспертной комиссии может выдаваться прерывисто, на дни явки в лечебное учреждение. В этих случаях в листке нетрудоспособности указываются дни проведения процедур, и освобождение от работы производится только на эти дни.

При самостоятельном обращении за консультативной помощью, проходящим обследование в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях по направлению военных комиссариатов, следственных органов, прокуратуры и суда, выдается справка произвольной формы.

Граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите,

направляются на медико-социальную экспертизу. При направлении в центры реабилитации больных непосредственно из больничных учреждений листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом центра на весь срок реабилитации.

Участникам ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС 1986–1987 гг., лицам, получившим или перенесшим лучевую болезнь и другие заболевания, связанные с радиационным воздействием, и инвалидам, у которых установлена причинная связь заболевания с последствиями радиационного воздействия, эвакуированным (в том числе выехавшим добровольно) из зоны отчуждения, работающим в зоне отчуждения и другим указанным в законе лицам листок нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения выдается при наличии медицинских показаний на весь срок путевки и дни проезда.

Кроме этого, работающим воинам-интернационалистам, инвалидам Великой Отечественной войны, а также инвалидам из числа военнослужащих, направленным врачебно-отборочной комиссией в центры восстановительной терапии воинов-интернационалистов по разнарядке Министерства здравоохранения и Фонда социального страхования России, листок нетрудоспособности выдается на весь срок действия путевки и дни проезда.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным выдается лечащим врачом одному из членов семьи (опекуну), непосредственно осуществляющему уход. Листок нетрудоспособности выдается по уходу:

1) за взрослым членом семьи и больным подростком старше 15 лет, получающим лечение в амбулаторно-поликлинических условиях сроком до 3 дней, по решению клинико-экспертной комиссии – до 7 дней;

2) за ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания; за ребенком старше 7 лет – на срок до 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока;

3) за ребенком до 7 лет при стационарном лечении на весь срок лечения, старше 7 лет – после заключения клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода;

4) за детьми до 15 лет, инфицированными ВИЧ, страдающими тяжелыми заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями, ожогами, – на весь период пребывания в стационаре;

5) работающим лицам, занятым уходом за ребенком в возрасте до 3 лет или ребенком-инвалидом в возрасте до 16 лет, в случае болезни матери на период, когда она не может осуществлять уход за ребенком;

6) за ребенком, проживающим в зоне отселения или зоне прожи-

вания с правом на отселение, эвакуированным и переселенным из зон отчуждения, отселения, проживания с правом на отселение, включая тех, которые на день эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, а также за детьми первого и последующих поколений граждан, родившимися после радиоактивного облучения одного из родителей, на все время болезни (включая время болезни ребенка в период пребывания с ним в санаторно-курортном учреждении).

Листок нетрудоспособности не выдается по уходу: 1) за хронически больными в период ремиссии; 2) в период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания; 3) в период отпуска по беременности и родам, 4) в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком.

При временном отстранении от работы лиц, контактировавших с инфекционными больными, или вследствие бактерионосительства, листки нетрудоспособности выдаются по представлению врача-эпидемиолога в лечебно-профилактическом учреждении врачом-инфекционистом или лечащим врачом на срок изоляции для лиц, перенесших инфекционные заболевания, и соприкасавшихся с ними. При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет или за гражданином, признанным в установленном порядке недееспособным, выдается на основании справки эпидемиолога лечебно-профилактическим учреждением, наблюдающим его, одному из работающих членов семьи на весь период карантина. При госпитализации в стационар протезно-ортопедического предприятия листок нетрудоспособности выдается на весь период пребывания в стационаре и время проезда к месту лечения и обратно.

Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом акушером-гинекологом, а при его отсутствии – врачом, ведущим общий прием, при 30 нед беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов). При многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается с 28 нед беременности, при этом общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет 180 дней.

При осложненных родах листок нетрудоспособности выдается дополнительно на 16 календарных дней лечебно-профилактическим учреждением, где произошли роды. При родах, наступивших до 30 нед беременности, и рождении живого ребенка листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается лечебно-профилактическим учреждением, где произошли роды, на 156 календарных дней, а в

случае рождения мертвого ребенка или его смерти в течение первых 7 дней после рождения – на 86 календарных дней.

Листок нетрудоспособности на дородовой отпуск продолжительностью 90 календарных дней выдается женщинам, проживавшим (работавшим) в зоне отселения до их переселения в другие районы и проживающим в зоне с правом на отселение, а также иным лицам, перечисленным в инструкции. Общая продолжительность отпуска по беременности и родам составляет 160 дней. При операции «подсадка эмбриона» листок нетрудоспособности выдается оперирующим врачом на период с момента госпитализации до установления факта беременности. При операции прерывания беременности, в том числе и при мини-аборте, листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности, но не менее 3 дней. При усыновлении новорожденного ребенка листок нетрудоспособности выдает стационар по месту его рождения на 70 календарных дней со дня рождения.

Литература

Акопов В.И., Бова А.А. Юридические основы деятельности врача. – М.: Экспертное бюро, 1997.

Всеобщая Декларация прав человека Генеральной Ассамблеи ООН от 1948 г.

Гражданский кодекс РФ. ч. 2. – М.: ПРИОР, 1996.

Закон РФ от 1991 г. с поправками от 1993 г. «О медицинском страховании граждан РФ».

Закон РФ «Об образовании» от 1996 г.

Закон РФ в редакции от 9.01.96 «О защите прав потребителей».

Инструкция о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан (приказ-постановление Минздравмедпрома и Фонда социального страхования РФ от 19.10.94 № 206/21.

Кодекс законов о труде РФ (КЗоТ). – М.: Спарк, 1995.

Конституция Российской Федерации (РФ). – М., 1994.

Леонтьев О.В., Бойцов С.А., Леонтьев Д.В. Правовые аспекты деятельности врача лечебного профиля. – СПб.: Петербург XXI век, 1997.

«Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан». – М., 1993.

«Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», утвержденные постановлением Правительства РФ № 27 от 13.01.96.

Приказ Минздрава РФ от 24.10.96 «О совершенствовании качества медицинской помощи населению РФ».

Приказ Минздравмедпрома РФ № 148 от 18.04.96 «О лицензировании медицинской деятельности».

Тихомиров А.В. Медицинская услуга. – М.: ИИД Филинь, 1997.

Толкунов В.Н., Гусов К.Н. Трудовое право. – М., 1995.

Уголовно-процессуальный кодекс РФ. – СПб., 1994.

Уголовный кодекс РФ. – М.: НИФРА-М, 1997.

Раздел 4. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

4.1. Правовые основы медицинской деятельности по трансплантации органов и тканей человека

В соответствии с Конвенцией о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины от 1996 г., Основами и законами «О трансплантации органов и (или) тканей человека», «О донорстве крови и ее компонентов» допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации. В законе в качестве трансплантатов указаны сердце, легкое, почка, печень, костный мозг. Могут быть использованы органы и ткани как живых, так и мертвых доноров. Донором может быть только дееспособный гражданин, достигший 18-летнего возраста. Согласие живого донора должно быть добровольным и в письменной форме. Не допускается изъятие органов и тканей у лиц, находящихся в служебной или иной зависимости от реципиента. Живой донор должен находиться с реципиентом в генетической связи. Перед операцией донор проходит медицинское обследование. Консилиум врачей обязан констатировать, что после трансплантации донору не будет причинен значительный вред. Изымается парный орган, часть органа или ткани, отсутствие которых не влечет за собой необратимого расстройства здоровья. Пересадка органов и тканей осуществляется с письменного согласия реципиента или, при его недееспособности, с согласия его законных представителей.

В случае невозможности получить согласие реципиента (бессознательное состояние) и в угрожающих его жизни условиях пересадка осуществляется без его согласия. Органы и ткани могут брать только государственные учреждения здравоохранения, перечень которых утверждается Минздравом РФ совместно с РАМН.

Донор вправе требовать от учреждения здравоохранения полной информации о возможных осложнениях в связи с предстоящей операцией по изъятию органов или тканей. Он также может получить бесплатное лечение в связи с проведенной операцией. Донор вправе отказаться от изъятия у него органов или тканей. В законодательстве определены условия изъятия органов и тканей от лиц, умерших в учреждениях здравоохранения. Факт смерти должен констатировать консилиум врачей. Не допускаются к участию в этом консилиуме

трансплантологи, члены бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею. Кроме этого, необходимо разрешение главного врача учреждения здравоохранения на изъятие органов и тканей. Все эти действия возможны только при отсутствии запрета умершего или его близких родственников.

Заключение о смерти дается на основании констатации смерти всего головного мозга в соответствии с процедурой, утвержденной Минздравом РФ (Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга к Приказу Минздрава Российской Федерации № 189 от 10.08.93).

Федеральный закон «О погребении и похоронном деле» внес существенное дополнение в порядок изъятия органов или тканей человека. Ст. 5 этого закона определяет, что согласие человека на изъятие органов и тканей из его тела обязательно. Действия над телом умершего должны осуществляться в полном соответствии с волеизъявлением умершего, если не возникли обстоятельства, при которых исполнение волеизъявления умершего невозможно. При отсутствии волеизъявления умершего право разрешить указанные действия имеют супруг, близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, бабушка, бабушка), иные родственники либо законный представитель умершего, а при отсутствии таковых иные лица, взявшие на себя обязанность осуществить погребение умершего.

В соответствии с законом «О донорстве крови и ее компонентов» (1993), кровь изымается у живого человека в возрасте от 18 до 60 лет. Необходимо добровольное устное согласие лица на взятие у него крови или ее компонентов. Перед изъятием крови донор должен пройти медицинское обследование. При переливании крови необходимо устное согласие реципиента. Категорически запрещаются купля-продажа и коммерческие сделки, предметом которых являются органы и ткани человека. Запрещается понуждение человека к изъятию органов или тканей для трансплантации. За нарушение данных положений виновные несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Санитары морга изымали у безродных трупов и продавали фирме глазные яблоки, части которых использовались впоследствии для пересадки. Нарушенными оказываются ст. 47 Основ, ст. 4, 10 Закона РФ «О трансплантации органов и тканей» и ст. 5 Закона РФ «О погребении и похоронном деле», где определен порядок изъятия внутренних органов для трансплантации и запрещена коммерческая деятельность.

Таким образом, действия по отношению к телу умершего должны осуществляться в полном соответствии с волеизъявлением умершего. При отсутствии волеизъявления умершего разрешить такие действия могут только перечисленные в законе лица. Международные конвенции и законы РФ запрещают какие-либо коммерческие операции в этой области медицины.

4.2. Правовые основы медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека

Искусственное оплодотворение женщины и имплантация эмбриона осуществляются в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, при письменном согласии супругов (одинокой женщины).

Ребенок, рожденный при помощи искусственного оплодотворения, имеет те же права по отношению к родителям, что и другие дети, рожденные естественно. Муж, давший согласие на искусственное оплодотворение своей жены с помощью донора, записывается отцом рожденного ею ребенка и не может оспаривать отцовство в суде.

Сведения о проведенном искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона, а также о личности донора составляют врачебную тайну. В случае разглашения информации о конкретных лицах, участвовавших в этой процедуре, медицинский персонал несет установленную законом ответственность.

Права женщины на информацию о процедуре искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, о медицинских и правовых аспектах ее последствий, о данных медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора, предоставляемую врачом, осуществляющим медицинское вмешательство, закреплены ст. 35 Основ.

Искусственное прерывание беременности может быть совершено по желанию женщины (при сроке беременности до 12 нед), а также по социальным показаниям (при сроке беременности до 22 нед). Законодатель выделил еще один момент – медицинские показания и согласие женщины. При этом прерывание беременности производится независимо от ее срока.

Перечень социальных показаний утвержден Правительством РФ. Это могут быть социальные и экономические условия жизни, возраст и т.д.

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения РФ.

К ним относятся туберкулез (все активные формы), сифилис, ВИЧ-инфекция, злокачественные новообразования всех локализаций в настоящем или в прошлом, острый и хронический лейкоз, врожденный порок сердца и др.

Если у беременной обнаружено заболевание, которое не указано в перечне, но оно представляет угрозу для жизни или здоровья беременной или новорожденного, то вопрос о прерывании беременности решается индивидуально. Медицинские показания по прерыванию беременности устанавливаются комиссией в составе врача акушера-гинеколога, врача той специальности, к которой относится заболевание (состояние), руководителя лечебно-профилактического учреждения здравоохранения.

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

Законодательством разрешена медицинская стерилизация, т.е. оперативное вмешательство, результатом которого становится лишение человека способности к воспроизводству потомства.

Для ее проведения необходимо письменное заявление гражданина, возраст более 35 лет или наличие не менее двух детей, а при медицинских показаниях и согласии гражданина ее выполняют независимо от возраста и наличия детей. Проводится медицинская стерилизация как мужчин, так и женщин.

К медицинским показаниям для медицинской стерилизации (определяется Министерством здравоохранения РФ) относят хроническую ишемическую болезнь сердца, эпилепсию, умственную отсталость и др.

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

Незаконное проведение искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, искусственного прерывания беременности, а также медицинской стерилизации влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

4.3. Правовые принципы оказания психиатрической помощи

В настоящее время увеличивается частота психических расстройств в результате различных войн, экономической и политической нестабильности, алкоголизма и наркомании и т.д. Психиатрическая помощь в Российской Федерации оказывается государственными, него-

сударственными психиатрическими и психоневрологическими учреждениями и частнопрактикующими врачами-психиатрами. Деятельность по оказанию психиатрической помощи осуществляется при наличии государственной лицензии. Учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры, получившие лицензию, вносятся в соответствующий единый государственный реестр. Право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в установленном законодательством порядке. Медицинский персонал, участвующий в оказании психиатрической помощи, должен пройти специальную подготовку и подтвердить свою квалификацию для допуска к работе по этой специальности.

Врач-психиатр независим в своем решении о состоянии больного, руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом, а при наличии мнения, которое не совпадает с решением комиссии врачей-психиатров, вправе дать свое заключение по обследованию больного, приобщаемое к медицинской документации. Психиатрическая помощь оказывается в добровольном и принудительном порядке. При добровольном обращении за психиатрической помощью лечение пациента проводится только после получения его письменного согласия. Несоввершеннолетним в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей. Без согласия пациента или его законного представителя психиатрическая помощь может осуществляться только:

- 1) при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным уголовным законодательством;
- 2) при недобровольном психиатрическом освидетельствовании, диспансерном наблюдении, госпитализации по основаниям, предусмотренным Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных уголовным законодательством. Больные признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях.

Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, из психиатрического стационара производится только по решению суда.

Принудительное психиатрическое освидетельствование лица без его согласия может быть проведено в случаях, когда больной совершает действия, дающие основания предполагать у него тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих; б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности; в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Решение об установлении диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь. Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до решения судьи, по решению врача-психиатра, если обследование или лечение больного возможно только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, б) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния без психиатрической помощи.

Лицо, помещенное в психиатрический стационар по указанным основаниям, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 ч комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение о том, обоснована госпитализация или нет. Если госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке. Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 ч направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании больного в нем. Принимая заявление о госпитализации в психиатрический стационар и мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде. Заявление рассматривается судьей в течение 5 дней с момента его принятия.

Постановление судьи в 10-дневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом предоставлена защита прав граждан, или прокурором. Выписка пациента, госпитализированного в принудительном порядке, из психиатрического стационара проводится по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации в случаях выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар.

Гражданин имеет право на получение информации о своих правах, а также в доступной для него форме о характере имеющегося у него психического расстройства, целях, методах, продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

В соответствии с Основами пациенты могут получать копии всех медицинских документов, которые касаются состояния их здоровья, если эти сведения не затрагивают интересов третьих лиц, т.е. не содержат признаков врачебной и иных тайн в отношении третьих лиц. Конституцией РФ не допускаются ограничения на информацию гражданина о состоянии своего здоровья.

В психиатрическом стационаре администрация и медицинский персонал обязаны также предоставлять пациенту возможность ознакомиться с текстом Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», правилами внутреннего распорядка данного стационара, адресами, телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациента.

Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеет право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением установленных законом случаев. Пациенту, отказывающемуся от лечения, должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью пациента или его законного представителя и врача-психиатра.

Пациенты могут отказаться от участия в учебном процессе в ка-

честве объекта, а также от фото-, видео или киносъемки. Медицинские средства и методы применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством, и в интересах других лиц. По действующему законодательству не разрешается применение к лицам, которые проходят психиатрическое лечение в принудительном порядке, хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия. Гражданин, которому оказывается психиатрическая помощь, вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи может осуществлять адвокат. Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, о фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной. Разглашение таких сведений преследуется по закону.

Содержание в психиатрическом стационаре возможно только в течение срока, необходимого для обследования и лечения. Стационарная психиатрическая помощь осуществляется в условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом их прав и законных интересов.

Меры физического характера и изоляции при принудительной госпитализации применяются только в тех случаях, формах и на тот период, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него и других людей. Такие меры осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации. Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из стационара и соблюдения их прав, подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуры, суда и адвокатуры, встречаться с адвокатом наедине.

Пациенту разрешено исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь соответствующую атрибутику и литературу, встречаться

наедине со священнослужителем. Администрация и медицинский персонал обязаны устанавливать и разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других находящихся в стационаре пациентов соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок приглашения священнослужителя. Пациент имеет право выписывать газеты и журналы, получать образование по программе общеобразовательной или специальной школы для учащихся с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет (ч. 2 ст. 37 Закона). Пациенты психиатрического стационара имеют также права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача, заведующего отделением или главного врача в интересах здоровья или безопасности пациентов и других лиц. Это права на ведение переписки без цензуры, получение и отправку посылок, бандеролей и денежных переводов, пользование телефоном, прием посетителей. Кроме того, пациент может иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой (ч. 3 ст. 37 Закона).

Дискриминация лиц, страдающих психическими заболеваниями, в обычной повседневной жизни запрещена. В порядке исключения из этого правила вследствие психического расстройства гражданин может быть временно (на срок не более 5 лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности, связанных с повышенной опасностью. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний. К числу работ, видов профессиональной деятельности и категорий должностей, к которым не допускаются лица с некоторыми затяжными и длительно текущими психическими заболеваниями по решению врачебной комиссии, относятся работы верхолазные и связанные с подъемом на высоту; работы по валке, сплаву, первичной обработке леса; работы под землей; работы на токарных, фрезерных и других станках, на штамповочных прессах; вождение авто-, мототранспортных средств и городского электротранспорта; работа в усиленной охране и иных ведомствах и службах, которые связаны с ношением и применением огнестрельного оружия, а также некоторые другие виды деятельности.

Государством создается не зависящая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических

стационарах. Эта служба защищает права пациентов, находящихся в психиатрически стационарах, принимает их жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного стационара либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или в суд. Контроль за деятельностью учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляют органы местного самоуправления. Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется прокуратурой.

За незаконное помещение в психиатрическую больницу наступает уголовная ответственность (ст. 128 УК).

Таким образом, особое место в структуре медицинского права занимают законодательные акты, которые регулируют правоотношения при осуществлении медицинской помощи больным с психическими расстройствами, при осуществлении трансплантации органов и тканей, а также деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека. Это связано с тем, что нарушения прав человека в этих областях медицины наиболее существенны.

Литература

- Акопов В.И., Бова А.А. Юридические основы деятельности врача. – М.: Экспертное бюро, 1997.
 Гражданский кодекс РФ. ч. 2. – М.: ПРИОР, 1996.
 Закон РФ от 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
 Закон РФ от 1991 г. с поправками от 1993 г. «О медицинском страховании граждан РФ».
 Закон РФ от 27.11.92 «О страховании».
 Закон РФ от 1992 г. «О трансплантации органов и (или) тканей человека».
 Закон РФ от 1993 г. «О донорстве крови и ее компонентов».
 Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга к Приказу Минздрава Российской Федерации от 10.08.93 № 189.
 Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины от 1996 г.
 Конституция Российской Федерации (РФ). – М., 1994.
 «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан». – М., 1993.
 Полушин Ю.С., Левшанков А.И. Этические и юридические аспекты деятельности анестезиолога и реаниматолога // Воен.-мед. журн. – 1998. – Т. 319, № 2. – С. 4–11.
 Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью: прил. 1 к приказу Минздрава РФ от 10.12.96 № 407.
 Приказ Минздрава РФ от 24.10.96 «О совершенствовании качества медицинской помощи населению РФ».
 Приказ Минздравмедпрома РФ № 148 от 18.04.96 «О лицензировании медицинской деятельности».
 Уголовный кодекс РФ. – М.: НИФРА-М, 1997.
 Федеральный Закон РФ от 08.12.95 «О погребении и похоронном деле».

Раздел 5. СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН

5.1. Общие вопросы организации и финансирования медицинского страхования

Целью медицинского страхования, как определено в Законе «О медицинском страховании граждан РФ», является гарантия гражданам при возникновении страхового случая получения медицинской помощи за счет накопленных средств и финансирование профилактических мероприятий.

Страховой случай – это совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу или третьим лицам. Под страховым случаем понимают заболевание, травмы и т.д. (Закон РФ «О страховании»).

Страхователь – это юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее со страховщиком договор страхования, а также являющееся субъектом данного правоотношения в силу закона (в случае ОМС). При добровольном медицинском страховании страхователями выступают сами граждане либо предприятия, представляющие интересы граждан.

Страховщик – это юридическое лицо, созданное для осуществления страховой деятельности, получившее в установленном законом порядке лицензию на осуществление страховой деятельности на территории РФ. В случае медицинского страхования им выступает страховая медицинская организация, т.е. юридическое лицо, осуществляющее медицинское страхование и имеющее государственную лицензию, которая выдается федеральной службой России по надзору за страховой деятельностью на каждый вид страхования.

Медицинское страхование бывает обязательным и добровольным. Субъектом медицинского страхования могут быть граждане, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение. Работающие граждане при ОМС должны быть застрахованы предприятиями, где они трудятся, которые и являются их страхователями. Неработающие граждане также должны быть застрахованы. Страхователями для них являются органы государственного управ-

ления республик, автономных областей, краев, областей, Москвы и Санкт-Петербурга, органы местного самоуправления.

Страховым медицинским организациям не разрешено заниматься производственной, торгово-посреднической и банковской деятельностью. Кроме этого, необходимо соблюдение ряда условий для медицинских страховых организаций, которые имеют лицензию на проведение страхования в системе ОМС. Медицинская страховая организация должна обладать уставным капиталом не менее 1200 МРОТ. Соотношение собственных и иных финансовых ресурсов не может быть более 1:20. Этой организации не разрешено в целях коммерческой деятельности использование средств, предназначенных для реализации программ ОМС (кроме приобретения на средства резервного фонда ценных бумаг и банковских депозитов). Не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций органы управления здравоохранением и медицинские учреждения, но они могут владеть их акциями (не более 10% общего пакета акций). Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения.

Основной задачей страховой медицинской организации служит проведение ОМС путем оплаты медицинской помощи, представляемой в соответствии с территориальной программой ОМС, осуществление контроля за качеством медицинских услуг. Страховые медицинские организации могут свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования; участвовать в аккредитации медицинских учреждений; устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию; принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги; предъявлять в судебном порядке медицинскому учреждению или медицинскому работнику иск о материальном возмещении физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

В соответствии со ст. 15 Закона страховая медицинская организация обязана контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора, защищать интересы застрахованных.

В соответствии с Законом РФ «О медицинском страховании граждан» и Положением о страховых медицинских организациях, осуществляющих ОМС, страховые медицинские организации обязаны осуществлять деятельность по ОМС на некоммерческой основе, заключать договоры с медицинскими учреждениями по оказанию медицинской помощи застрахованным по ОМС, добросовестно выполнять все условия

заключенных договоров, создавать в установленном порядке страховые резервы, защищать интересы застрахованных. Эти организации не имеют права отказать страхователю в заключении договора ОМС.

Источником финансирования системы здравоохранения (ст. 10 Закона) в РФ являются бюджетные средства, средства государственных и общественных организаций, предприятий и других хозяйствующих субъектов; личные средства граждан; безвозмездные и благотворительные взносы и пожертвования; доходы от ценных бумаг; кредиты банков и других кредиторов; иные законные источники. Из этих источников формируются финансовые средства государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также государственной системы ОМС.

Для реализации государственной политики в области ОМС создаются федеральный и территориальные фонды ОМС, являющиеся самостоятельными некоммерческими организациями. Они предназначены для аккумуляции финансовых средств на ОМС, обеспечения финансовой стабильности и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение. Эти средства находятся в государственной собственности РФ, не входят в состав бюджетов и изъятию не подлежат. Порядок уплаты страховых взносов устанавливается «Положением о порядке уплаты страховых взносов в федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования», а также инструкцией «О порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование».

Плательщиками страховых взносов в фонды ОМС являются организации, учреждения, предприятия, крестьянские и фермерские хозяйства, родовые семейные общины малочисленных народов Севера, занимающиеся традиционными отраслями хозяйствования; граждане, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, предпринимательской деятельностью без образования юридического лица; граждане, занимающиеся частной практикой, граждане, использующие труд наемных работников, лица творческих профессий, не объединенные в творческие союзы, советы министров республик в составе РФ, органы государственного управления автономных образований, областей, краев, Москвы и Санкт-Петербурга, местные администрации. От уплаты страховых взносов освобождаются общественные организации инвалидов и находящиеся в их собственности предприятия, созданные для осуществления уставных целей этих организаций.

Платежи на ОМС неработающего населения осуществляют советы министров республик в составе РФ, органы государственного уп-

правления автономных образований, областей, краев, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местных администраций за счет средств, предусматриваемых в соответствующих бюджетах при их формировании на соответствующие годы.

5.2. Медицинские учреждения и медицинское страхование

Медицинскую помощь в системе медицинского страхования оказывают аккредитованные в установленном законом порядке медицинские учреждения. Аккредитация медицинских учреждений – это определение их соответствия установленным профессиональным стандартам аккредитационными комиссиями.

Между страховой медицинской организацией и медицинскими учреждениями заключается договор на предоставление лечебно-профилактической помощи, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программы медицинского страхования.

Сторонами данного договора являются страховая медицинская организация и лечебно-профилактическое учреждение. Объем и условия оказания медицинской помощи не должны быть ниже базовой программы ОМС. По законодательству РФ договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, при котором страховщик обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования.

Каждый гражданин при заключении договора медицинского страхования получает страховой полис, который имеет силу на территории РФ и на территории тех государств, у которых с РФ имеются соглашения о медицинском страховании. Добровольное медицинское страхование подразумевает обязанности страховщика перед предприятием, представляющим интересы граждан или непосредственно перед гражданином организовать и оплатить медико-социальные услуги сверх установленных программ ОМС. При нарушении договорных обязательств, например, непредоставлении застрахованному гражданину предусмотренной договором услуги, неполного или некачественного оказания медицинской помощи, страховой компанией выплачивается штраф.

Государственное регулирование по этому договору допускает лишение лицензии на право занятия медицинским страхованием по решению суда. Федеральный и территориальные фонды ОМС наделены правами налоговых органов РФ при взыскании штрафов и пени в бесспорном порядке с хозяйствующих субъектов-плательщиков страховых взносов за соответствующие финансовые нарушения.

Ведется защита врачей от непреднамеренных ошибок, связанных с профессиональной деятельностью. Такая защита гарантирует выплату компенсации пациенту, пострадавшему в результате профессиональных ошибок врача, без привлечения его средств. Субъектом страхования может быть лечебное учреждение, врачи и средний медицинский персонал. Страхуются риски, связанные с возмещением ущерба по поводу необходимой повторной терапии после проведенного неудачного лечения, а также экономический риск, связанный с компенсацией заработков за время утраты трудоспособности пациента по вине врача, и моральный ущерб за причинение боли, страданий пациенту. В договоре предусматриваются штрафные санкции за некачественное оказание медицинской помощи, за отказ в оказании медицинской помощи и т.д.

Основанием для выплаты должно явиться решение суда о взыскании с лечебного учреждения или врача определенной суммы денежных средств в счет возможного ущерба, причиненного здоровью пациентов. В основном страхованию подлежат ошибки и недоработки, возникшие случайно, непредвиденным образом. При преступной халатности страховая компания не выплачивает страховое возмещение.

Таким образом, система финансирования здравоохранения строится по бюджетно-страховой модели. Объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами ОМС. Страховая медицинская организация обязана контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора, защищать интересы застрахованных граждан.

Литература

Гражданский кодекс РФ. ч. 2. – М.: ПРИОР, 1996.

Закон РФ от 1991 г. с поправками от 1993 г. «О медицинском страховании граждан РФ».

Закон РФ от 27.11.92 «О страховании».

Закон РФ в редакции от 09.01.96 «О защите прав потребителей».

Конституция Российской Федерации (РФ). – М., 1994.

Леонтьев О.В., Колкутин В.В., Леонтьев Д.В. и др. Врач и закон. – М., 1998. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан». – М., 1993.

«Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» утвержденные постановлением Правительства РФ № 27 от 13.01.96.

Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью / прил. 1 к приказу Минздрава РФ от 10.12.96 № 407.

Приказ Минздрава РФ от 24.10.96 «О совершенствовании качества медицинской помощи населению РФ».

Приказ Минздравмедпрома РФ № 148 от 18.04.96 «О лицензировании медицинской деятельности».

Тихомиров А.В. Медицинская услуга. – М.: ИИД Филинь, 1997.

Тихомиров А.В. Медицинское право. – М.: СТАТУТ, 1998.

Раздел 6. НАСТУПЛЕНИЕ УГОЛОВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

6.1. Основные понятия в уголовном праве

Под преступлением в уголовном праве признается виновное совершенное общественно опасное деяние, запрещенное Уголовным Кодексом (УК) РФ под угрозой наказания. Общественно опасным признается деяние, которое причиняет ущерб или создает опасность его причинения охраняемым уголовным законом интересам.

Применительно к последствиям преступлений против жизни и здоровья употребляется термин «вред», а к материальным последствиям – «ущерб». Малозначительное деяние не является преступлением ввиду отсутствия в нем общественной опасности. Такие деяния формально содержат признаки какого-либо деяния, предусмотренного УК, но лишены общественной опасности ввиду отсутствия вреда или создания угрозы его причинения личности, обществу, государству.

Совокупность установленных уголовным законом признаков, определяющих общественно опасное деяние, характеризующееся как преступление, именуется составом преступления. Это значит, что отсутствие хотя бы одного из этих признаков не дает основания говорить о самом преступлении. Элементами состава преступления являются объект, объективная сторона, субъект и субъективная сторона преступления.

Объект – это общественные отношения, охраняемые законом (здоровье, жизнь, интересы государственной службы и т.д.).

Под объективной стороной преступления понимается упорядо-

ченная система связей между людьми по поводу социальных ценностей. Преступное деяние может характеризоваться действием или бездействием. Причинная связь является одной из форм объективной связи, при которой одно явление при определенных условиях вызывает другое. Это связующее звено между конкретным деянием и наступлением последствий, за которые назначается уголовная ответственность.

Субъект преступления – это физическое вменяемое, достигшее предусмотренного законом возраста лицо, которое может нести ответственность по уголовному праву. Специальный субъект – лицо, обладающее конкретными особенностями (должностное лицо, военнослужащий, медицинский работник).

Субъективная сторона преступления – это отражение в сознании субъекта объективных признаков содеянного и психическое отношение к ним виновного. Основным признаком субъективной стороны является вина, т.е. психическое отношение лица к совершенному им преступлению, выражается в форме умысла и неосторожности. Умысел может быть прямым и косвенным. Преступления признаются совершенными с прямым умыслом, если лицо, их совершившее, сознавало общественную опасность своего деяния, предвидело его общественно опасные последствия (интеллектуальный компонент) и желало их наступления (волевой компонент). Преступления признаются совершенными с косвенным умыслом, если лицо, их совершившее, сознавало общественную опасность своего действия, предвидело его последствия и сознательно допускало их наступление (волевой компонент). Вина по неосторожности может быть в форме легкомыслия и небрежности. Под легкомыслием понимаются сознание лицом общественной опасности своего деяния, предвидение возможности наступления опасных последствий и самонадеянный расчет на их предотвращение. Небрежность возникает при отсутствии интеллектуального и волевого момента, но имеют место субъективные и объективные критерии. Объективный критерий исходит из усредненного понимания степени предусмотрительности, присущего лицам определенной профессии, деятельности, а также должной меры предусмотрительности, предъявляемой к любому человеку в обществе. Субъективный критерий указывает индивидуальные особенности конкретного субъекта, вытекающие из его жизненного опыта, образования, квалификации.

В УК есть норма о невиновном причинении вреда (ст. 28), именуемая «случай». Выделяют 2 вида случаев, когда лицо не предвидит возможности наступления общественно опасных последствий и по об-

стоятельствам дела не должно и не могло предвидеть этого, и когда лицо предвидело возможность наступления общественно опасных последствий, но в силу экстремальных условий или нервно-психических перегрузок физически не могло их предотвратить.

Различают так называемые ошибки, т.е. заблуждения человека относительно юридической оценки тех или иных обстоятельств состава преступления. Ошибки могут быть юридическими (относительно преступности и наказуемости) и фактическими (неправильное представление лица о признаках совершенного им преступления).

В медицинской практике возможны медицинские ошибки, которые зависят от ряда субъективных и объективных факторов.

Медицинской ошибкой может быть добросовестное заблуждение при отсутствии небрежности, халатности, легкомысленного отношения врача к своим обязанностям, повлекшее ухудшение состояния здоровья пациента или его смерть, а также небрежные, невежественные, недобросовестные действия при оказании медицинской помощи, не приведшие к негативным последствиям.

Субъективные причины совершения ошибки могут быть результатом неопытности врача (при поверхностном обследовании, неправильной трактовке клинических и лабораторных данных, небрежном выполнении лечебно-профилактических мероприятий, неадекватном уходе и наблюдении за пациентом и т.д.).

Объективными причинами медицинских ошибок могут быть действия медицинских работников (учреждений), не нарушающие правила, установленные законом и подзаконными актами, но повлекшие за собой нарушение здоровья или смерть. Это недостаточная обеспеченность медицинских учреждений оборудованием, фармацевтическими препаратами, особенности течения болезни, анатомические особенности пациента, если их не могли предвидеть медицинские работники.

6.2. Виды преступлений, связанные с профессиональной деятельностью медицинских работников

1. Преступления против жизни

Ст. 105 УК. Убийство. В настоящее время под убийством понимается только умышленное причинение смерти другому человеку. Это определение исключает из числа убийств причинение смерти по неосторожности. Объектом преступления является жизнь человека. Объек-

тивная сторона убийства состоит в причинении смерти другому человеку, совершенном путем действия или бездействия. Обязательным условием наступления ответственности за убийство является причинная связь между действием или бездействием и наступлением смерти. Медицинские работники при выполнении профессиональных обязанностей могут нести ответственность по ч. 1 этой статьи в случае убийства из сострадания к тяжелобольному (эвтаназия). Кроме того, они могут быть субъектом деяния по п. «м» ч. 2 ст. 105 УК (убийство с целью использования органов или тканей потерпевшего).

Убийство относится к числу преступлений, которые могут быть совершены только умышленно. Если виновный совершает деяние, имеющее целью наступление смерти, и желает его осуществления, то это преступление считается совершенным с прямым умыслом. Если виновный относится к наступлению смерти другого человека безразлично или хотя и не желает, но допускает такие последствия, то его действия образуют убийство с косвенным умыслом.

Субъектом данного преступления выступает вменяемое физическое лицо, достигшее 14-летнего возраста.

Ст. 109 УК. Причинение смерти по неосторожности. УК 1996 г. исключил это преступление из категории убийств. Данное преступление является следствием недисциплинированности, невнимательности виновного. Причинением смерти по неосторожности считается преступление, совершенное по легкомыслию или небрежности. По легкомыслию может быть совершено преступление в случае, если виновный предвидит возможность наступления смерти, но без достаточных на то оснований рассчитывает на ее предотвращение. Виновный при этом может сознательно рассчитывать на свои силы, действия других лиц, какие-либо конкретные обстоятельства. Он сознательно нарушает определенные правила предосторожности. Это могут быть действия, противоречащие данным науки или профессиональным правилам, запрещенные законом, но не являющиеся преступлением, а также когда на занятие определенной профессией данное лицо не имело права.

При причинении смерти по небрежности необходимо определить, что лицо не предвидело наступления общественно опасных последствий, хотя должно было и могло предвидеть их наступление.

Примером может быть смерть пациента при переливании многогруппной донорской крови.

По ч. 2 ст. 109 квалифицирующим признаком является причинение смерти по неосторожности в результате нарушения профессио-

нальных правил.

Ст. 111 УК. Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью. Объектом преступления является здоровье другого человека. Объективная сторона состоит в причинении вреда здоровью и выражается как в действии, так и в бездействии. Необходимым признаком объективной стороны причинения вреда здоровью являются расстройство здоровья или повреждение анатомической целостности органа. Это может быть умышленное причинение тяжкого вреда здоровью человека, повлекшее за собой потерю зрения, речи, слуха или какого-либо органа либо утрату органом его функций, или неизгладимое обезображивание лица, а также причинение иного вреда здоровью со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть или повлекшее иное, предусмотренное ст. 118 УК, последствие, а также причинная связь между действием, бездействием и перечисленными последствиями.

По ч. 2 предусматривается ответственность за те же деяния, совершенные в отношении лиц в связи с осуществлением ими служебного долга, с особой жестокостью, издевательствами и т.д., общественно опасным способом, по найму, из хулиганских побуждений, по мотиву национальной и т.п. ненависти или вражды, в целях использования органов или тканей потерпевшего.

По ч. 3 предусмотрена ответственность за перечисленные в ч. 1 действия при условии совершения их группой лиц, в отношении 2 лиц или более, неоднократно либо лицом, ранее совершившим убийство.

По ч. 4 наказываются деяния, повлекшие смерть потерпевшего по неосторожности.

Форма вины определяется статьей как умышленная.

В результате ошибок при интубации трахеи анестезиолог повредил трахею. На замечание оперирующего хирурга не реагировал, продолжая попытки интубации. В результате причиненных травм больная умерла. Преступление совершено умышленно, так как при появлении симптомов перфорации (наличие крови при повторных интубациях и др.) анестезиолог осознавал, что причиняет травму, но на замечания (прекратить дальнейшее травмирование трахеи и перейти на другой вид наркоза) не реагировал. Причинение смерти умышленом преступника не охватывалось.

Ст. 118 УК. Причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности. Медицинский персонал может нести ответственность по ч. 2 и 4 за причинение соответственно тяжкого вреда здоровью и вреда средней тяжести вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

Ст. 120 УК. Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации. Объектом этого преступления является здоровье человека. Объективная сторона заключается в принуждении че-

ловека к изъятию его органов или тканей для трансплантации с применением физического насилия либо угрозы его применения. Для окончательного состава этого преступления достаточно самого факта домогательств путем физического насилия или угрозы расправой для достижения указанных целей. В случае изъятия органов или тканей путем насилия или угроз его применения ответственность наступает по совокупности преступлений по ст. 120 и статьи за причинение вреда здоровью в зависимости от наступившего результата.

Если будет доказан прямой умысел на причинение смерти реципиенту, то преступление может оказаться покушением на убийство (п. «м» ч. 2 ст. 105). Субъективная сторона преступления характеризуется виной в форме прямого умысла. Субъект преступления – лицо, достигшее 16 лет. Это может быть лицо, нуждающееся в трансплантации, его родственники и (или) медицинские работники.

По ч. 2 ст. 120 в качестве отягчающих обстоятельств установлены беспомощное состояние потерпевшего, материальная или иная зависимость от виновного.

Медперсоналу кожно-венерологического диспансера необходимо знать, что действия некоторых пациентов могут подпадать под ст. 121 УК.

Ст. 121 УК предусматривает ответственность за заражение венерической болезнью лицом, знавшим о наличии у него этой болезни. В качестве квалифицирующих признаков в статье названо заражение 2 лиц или более либо заражение несовершеннолетнего.

Ст. 122 УК. Заражение ВИЧ-инфекцией. Объект преступления – здоровье человека. Объективная сторона – только действие.

Способами заражения могут быть половые контакты, а также переливание крови, в которой имеется вирус, использование нестерильных медицинских инструментов. Субъективная сторона может характеризоваться виной в форме прямого или косвенного умысла, а также легкомыслием или небрежностью. Субъектом преступления является лицо, как инфицированное ВИЧ, так и не зараженное этим вирусом (например, медицинские работники).

В результате нарушений правил стерилизации инструментария для инъекций медицинский персонал заразил ВИЧ несколько человек. Вина медперсонала характеризуется как небрежность.

Ст. 123 УК. Незаконное производство аборта. Объектом этого преступления является здоровье беременной. Объективная сторона состоит в действиях, направленных на прерывание беременности другим человеком при определенных условиях. Незаконное производство аборта – это искусственное прерывание беременности, совершенное

вне стационарного лечебного учреждения лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля.

Субъективная сторона данного преступления характеризуется виной в форме прямого умысла. По ч. 3 ст. 123 субъективная сторона характеризуется как неосторожность.

Субъектом преступления может быть лицо, не имеющее высшего медицинского образования соответствующего профиля.

Квалифицирующим признаком по ч. 1 ст. 123 является производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля.

По ч. 2 в качестве квалифицирующего признака названы неоднократность совершения преступления или незаконное производство аборта человеком, ранее судимым за это же преступление.

Деяния, предусмотренные ч. 1 и 2, если они повлекли смерть потерпевшей по неосторожности либо причинение тяжкого вреда ее здоровью, квалифицируются по ч. 3.

Ст. 124 УК. Неоказание помощи больному. Медицинские работники обязаны оказывать медицинскую помощь гражданам, обратившимся в лечебное учреждение, независимо от его ведомственной принадлежности и статуса, а также в дороге, на улице, на дому независимо от времени суток и факта пребывания на отдыхе, в отпуске и т.д.

Объектом преступления является здоровье человека. Объективная сторона выражается в бездействии или недобросовестном исполнении своих обязанностей и причинно-следственной связи с наступлением тяжкого или средней степени вреда здоровью или смерти.

По ч. 1 за неоказание помощи больному без уважительной причины лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или специальными правилами, наступает при условии, что это повлекло причинение средней тяжести вреда здоровью больного. Уважительными являются причины, связанные с непреодолимой силой.

В качестве квалифицирующего признака по ч. 2 служит наступление смерти потерпевшего по неосторожности либо причинение тяжкого вреда его здоровью. Субъективная сторона характеризуется прямым умыслом, а в отношении последствий вина может быть в форме небрежности или легкомыслия. Субъектом преступления выступает медицинский работник, обязанный оказывать помощь больным, врач, фельдшер, медсестра и акушерка. Лица медицинского состава, не оказывающие медицинскую помощь (сиделка, санитары), ответственности по этой статье не несут.

II. Преступления против свободы, чести и достоинства личности

Ст. 128 УК. Незаконное помещение в психиатрическую больницу. Ответственность наступает за принудительную госпитализацию заведомо не нуждающегося в госпитализации человека без его согласия.

По ч. 1 объективная сторона преступления состоит в помещении в психиатрический стационар либо в иное лечебное заведение закрытого типа лица, заведомо не нуждающегося в такой форме лечения. В соответствии с законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» госпитализация без согласия больного или его законного представителя в психиатрический стационар возможна только по установленной законом процедуре (см. раздел 4.3).

По этой же статье квалифицируют и незаконное продление срока госпитализации лица в психиатрическом стационаре, когда необходимости в этом нет. Субъективная сторона – прямой умысел. Круг субъектов преступления включает в себя родственников и иных заинтересованных лиц, а также работников психиатрических стационаров, судей и иных должностных лиц.

По ч. 2 отягчающими обстоятельствами этого преступления могут быть, во-первых, совершение его лицом с использованием своего служебного положения, а во-вторых, наступление в результате этого смерти потерпевшего или наступление иного тяжкого вреда его здоровью, иных тяжких последствий.

III. Преступления против конституционных прав и свобод человека и гражданина

Ст. 137 УК. Нарушение неприкосновенности частной жизни. В Конституции РФ закреплено право каждого на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну.

Объект преступления по ч. 1 включает в себя неприкосновенность частной жизни, личной и семейной тайны другого лица. Предмет преступления составляют любые сведения, которые, по мнению потерпевшего или в силу закона, составляют такую тайну. Сюда отнесены и сведения, составляющие врачебную тайну.

Объективная сторона выражается в одном из следующих действий:

1) Незаконный сбор сведений о частной жизни другого лица лицом, не правомочным на это.

2) Распространение этих сведений, т.е. их сообщение третьему лицу (в публичных выступлениях на собраниях, митингах, в средствах массовой информации и т.д.). Субъективная сторона характеризует-

ся виной в форме прямого или косвенного умысла. Субъект данного преступления – вменяемое лицо, достигшее 16-летнего возраста. По ч. 2 предусмотрена ответственность за совершение преступления лицом путем использования своего служебного положения. Субъект преступления по этой части – должностное лицо, государственный служащий, служащий органов местного самоуправления.

IV. Преступления против семьи

Статья 153 УК. Подмена ребенка. Замена одного новорожденного ребенка другим в родильном доме либо в доме ребенка.

Субъективная сторона преступления характеризуется прямым умыслом и корыстными, а также иными низменными побуждениями (требования о выкупе, месть родителям, хулиганство).

Субъект преступления – лицо, достигшее 16 лет. Им может быть медицинский работник родильного дома, дома ребенка, детской больницы.

V. Преступления против здоровья населения и общественной нравственности

Ст. 228 УК. Незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ. В ч. 1 статьи предусмотрена ответственность за указанные в названии действия без цели сбыта. По ч. 2 квалифицируются те же действия, но с целью сбыта, а также изготовление, переработка, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ.

Квалифицирующими признаками по ч. 3 являются совершение преступления группой лиц, по предварительному сговору, неоднократно, а также в крупном размере.

Деяния, совершенные организованной группой либо в особо крупных размерах, квалифицируются по ч. 4.

По ч. 5 предусмотрена ответственность за нарушение правил производства, изготовления, переработки, хранения, отпуска, реализации, продажи, распределения, пересылки, перевозки, приобретения, использования, ввоза или вывоза либо уничтожения наркотических средств или психотропных веществ, находящихся под специальным контролем, если это деяние совершено лицом, в обязанность которого входит соблюдение указанных правил.

Субъектом преступления признается вменяемое лицо, достигшее 14-летнего возраста. Вина в форме прямого умысла.

В примечании к статье сказано, что лицо, добровольно сдавшее

наркотические средства или психотропные вещества и активно способствовавшее раскрытию или пресечению преступления, освобождается от уголовной ответственности.

Ст. 233 УК. Незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ. Ответственность наступает за перечисленные в названии статьи действия. Преступлением признается только деяние, совершенное с прямым умыслом. Субъект преступления может быть как общий (т.е. вменяемое физическое лицо, достигшее возраста уголовной ответственности), так и специальный – медицинские и фармацевтические работники.

Ст. 235 УК. Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью. Данные виды деятельности подлежат обязательному лицензированию, поэтому отсутствие соответствующей лицензии превращает такую деятельность в незаконную. Преступление признается оконченным, если в результате деятельности по неосторожности причиняется вред здоровью человека.

По ч. 2 квалифицируются те же действия, но повлекшие лишение жизни человека по неосторожности. Субъективная сторона в отношении вреда – вина в форме неосторожности. Субъект преступления – вменяемое лицо, достигшее 16-летнего возраста.

Ст. 236 УК. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил. По ч. 1 наказуемы деяния, повлекшие по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, а по ч. 2 – повлекшие смерть человека.

VI. Экологические преступления

В ст. 248 УК предусмотрена ответственность за нарушение правил безопасности при обращении с микробиологическими или другими биологическими агентами или токсинами.

Объект преступления – экологическая безопасность. Предмет преступления – микробиологические или другие биологические агенты и токсины. Ответственность возможна только при фактическом причинении вреда здоровью, распространение эпидемий или эпизоотий либо иных тяжких последствиях (ч. 1), а также смерти человека (ч. 2).

Субъективная сторона характеризуется как умыслом, так и неосторожностью. Субъект преступления – вменяемое лицо, достигшее 16-летнего возраста (в том числе медицинские работники).

VII. Преступления против государственной власти, интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления

Ст. 290 УК. Получение взятки. Объект, на который посягает преступление, – государственная власть, интересы государственной службы и службы в органах местного самоуправления.

Объективная сторона характеризуется тем, что должностное лицо, т.е. лицо, занимающее государственные должности РФ или субъекта РФ, главы органов местного самоуправления получают от других лиц незаконное материальное вознаграждение за выполнение (невыполнение) каких-либо действий, которые они должны были совершить в силу служебных обязанностей. Не влияет на ответственность момент сговора о взятке. Взятка может иметь характер подкупа, когда она дана до желаемого действия, или вознаграждения после совершения действия. Ответственность за получение взятки наступает независимо от того, выполнено или нет какое-либо действие в интересах взяткодателя. Как получение взятки следует расценивать получение должностным лицом денег или иных ценностей от подчиненных или подконтрольных ему лиц за покровительство и попечительство по службе. Предмет взятки – деньги, ценные бумаги, иное имущество или выгоды неимущественного характера. Такая выгода может извлекаться получением ценной вещи за бесценок или по значительно меньшей цене, при бесплатном получении чего-либо. Получение выгод нематериального характера не может образовывать состава преступления (например, предложение интимных услуг).

Преступление признается совершенным только с прямым умыслом. Субъекты преступления – должностные лица, лица, занимающие государственные должности РФ (субъектов РФ), государственные служащие и служащие органов местного самоуправления. Должностными лицами признаются лица, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющие функции представителя власти либо выполняющие организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, в Вооруженных Силах РФ, других войсках. Следовательно, субъектом данного преступления могут быть главный врач больницы, начальник госпиталя, их заместители, заведующие отделениями, дежурный хирург, старшая медсестра и другие лица, занимающие должности, связанные с осуществлением организационно-распорядительных и административно-хозяйственных обязанностей.

Квалифицирующим признаком по ч. 4 являются неоднократность, совершение преступления группой лиц по предварительному сговору или организованной группой, вымогательство взятки, а также получение взятки в крупных размерах.

Ст. 293. Халатность. Под халатностью понимают неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного к ним отношения, если это повлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций либо охраняемых законом интересов общества (государства).

Для привлечения к ответственности за халатность необходимо установить, какие конкретно обязанности были возложены на должностное лицо, какие из них лицо не выполнило или выполнило ненадлежащим образом, а также имело ли оно реальную возможность их выполнить.

По ч. 2 квалифицируются те же действия, повлекшие по неосторожности смерть человека или иные тяжкие последствия. Вина в данном случае характеризуется как неосторожность. От халатности следует отличать случаи неисполнения или ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей, никак не связанные с должностными полномочиями субъекта. Из этого следует, что, например, медицинский работник, допустивший при хирургической операции небрежность, несет ответственность по статьям за преступление против жизни и здоровья по неосторожности.

Литература

- Борзенков Г.Н., Бородин С.В., Кузнецова Н.Ф.* Новое уголовное право России: Учебное пособие. – СПб., 1996.
- Закон РФ от 1991 г. с поправками от 1993 г. «О медицинском страховании граждан РФ».*
- Закон РФ от 27.11.92 «О страховании».*
- Закон РФ от 1992 г. «О трансплантации органов и (или) тканей человека».*
- Закон РФ от 1993 г. «О донорстве крови и ее компонентов».*
- Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга к Приказу Минздрава Российской Федерации от 10.08.93 № 189.*
- Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины от 1996 г.*
- «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан». – М., 1993.*
- Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью / прил. 1 к приказу Минздрава РФ от 10.12.96 № 407.*
- Приказ Минздравмедпрома РФ № 148 от 18.04.96 «О лицензировании медицинской деятельности».*
- Уголовно-процессуальный кодекс РФ. – СПб., 1994.*
- Уголовный кодекс РФ. – М.: НИФРА-М, 1997.*
- Федеральный Закон РФ от 08.12.95 «О погребении и похоронном деле».*

Раздел 7. НАСТУПЛЕНИЕ ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВОЙ, АДМИНИСТРАТИВНОЙ И ДИСЦИПЛИНАРНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

7.1. Наступление гражданско-правовой ответственности медицинских учреждений и медицинских работников

При недобросовестном отношении к работе со стороны медицинского персонала лечебно-профилактическое учреждение обязано возместить вред, причиненный здоровью пациента. Медицинское вмешательство может быть причиной как материального, так и морального вреда. Моральный вред, причиненный гражданину неправомерными действиями, возмещается только при наличии вины медицинских работников в форме умысла или грубой неосторожности. Основа морального вреда при причинении страдания определяется судом в соответствии со ст. 151 Гражданского кодекса (ГК) РФ. После возмещения вреда пациенту лечебное учреждение имеет право обратного требования к виновному работнику.

В соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей» исполнитель обязан выполнить работу, качество которой соответствует договору (ст. 4). Согласно ст. 7 потребитель (в нашем случае пациент) имеет право на то, чтобы сделанная работа была безопасна для его жизни, не причиняла имущественного ущерба. Медицинская деятельность подпадает под перечень работ, подлежащих обязательной сертификации. Ст. 14 настоящего Закона предусматривает имущественную ответственность за вред, причиненный вследствие недостатков товаров (работ и услуг), а ст. 15 определяет компенсацию морального вреда. Компенсация морального вреда осуществляется независимо от возмещения имущественного вреда и понесенных потребителем убытков. В ст. 17 Закона говорится о судебной защите прав потребителя.

Иски предъявляются в суд по месту жительства истца или по месту нахождения ответчика. Вред, причиненный жизни или здоровью гражданина при исполнении договорных обязательств, возмещается по правилам, предусмотренным ГК, если законом или договором не

предусмотрен более высокий размер ответственности (ст. 1084 ГК).

Ответственность за причинение вреда жизни и здоровью граждан в результате увечья или профессионального заболевания, полученных им при исполнении трудовых (служебных) обязанностей, регулируется специальным актом – “Правилами возмещения работодателями вреда, причиненного работникам увечьем, профессиональным заболеванием либо иным повреждением здоровья, связанными с исполнением ими трудовых обязанностей” и в нашей книге подробно не рассматривается.

При причинении гражданину увечья или повреждении его здоровья возмещению подлежит утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санитарно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку по другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

В соответствии со ст. 1085 ГК объем и размер возмещения вреда потерпевшему могут быть увеличены законом или договором. Потерпевшему компенсируется имущественный вред путем выплаты утраченного заработка (дохода). Для определения утраченного заработка во внимание принимается заработок, который потерпевший получил бы в будущем. Учет заработной платы, которую потерпевший мог получать в будущем, допускается при условии, если будут представлены доказательства определенности и устойчивости изменений размера заработной платы.

Вместе с возмещением утраченного заработка потерпевшему должны быть компенсированы дополнительные расходы. В состав дополнительных расходов включены и расходы на проезд к месту лечения и обратно самого потерпевшего, а в случаях необходимости и сопровождающего его лица. Если потерпевшие нуждаются в специальном медицинском уходе, то такие расходы определяются на уровне 2 установленных законом МРОТ, а расходы на бытовой уход возмещаются сверх расходов на специальный медицинский уход.

Среднемесячный заработок (доход) потерпевшего подсчитывается путем деления общей суммы его заработка (дохода) за 12 мес работы, предшествовавших повреждению здоровья, на 12. Если потерпевший ко времени причинения вреда работал менее 12 мес, среднемесячный заработок (доход) подсчитывается путем деления общей суммы зара-

ботка (дохода) за фактически проработанное число месяцев, предшествовавших повреждению здоровья, на число этих месяцев. Если потерпевший на момент причинения вреда не работал, по его желанию учитывается заработок до увольнения либо обычный размер вознаграждения работника его квалификации в данной местности, но не менее 5-кратного установленного законом МРОТ.

При определении размера возмещения утраченного заработка учитывается среднемесячный заработок потерпевшего и степень утраты им профессиональной трудоспособности. Если потерпевший не приобрел профессию, учитывается степень утраты им общей трудоспособности. Если потерпевший длительное время не работал, расчет производится из пятикратного МРОТ. Процент утраты профессиональной трудоспособности работниками определяется врачебно-трудовыми экспертными комиссиями в соответствии с «Положением о порядке установления врачебно-трудовыми экспертными комиссиями степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах работникам, получившим увечье, профессиональное заболевание либо иное повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей», утвержденным Постановлением Правительства РФ № 392 от 23.04.94, а также Постановлением Правительства РФ № 392 от 03.04.96 «О государственной службе медико-социальной экспертизы», Приказом Минздрава РФ № 407 от 10.12.96 «О введении в практику правил производства судебно-медицинских экспертиз».

В случае смерти потерпевшего (кормильца) право на возмещение вреда лицам, понесшим ущерб в результате смерти кормильца (ст. 1088 ГК), имеют нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания; ребенок умершего, родившийся после его смерти; один из родителей, супруг либо другой член семьи независимо от его трудоспособности, который не работает и занят уходом за находившимися на иждивении умершего его детьми, внуками, братьями и сестрами, не достигшими 14 лет либо достигшими указанного возраста, но по заключению медицинских органов нуждающимися по состоянию здоровья в постоянном уходе; лица, состоящие на иждивении умершего и ставшие нетрудоспособными в течение 5 лет после его смерти; один из родителей, супруг либо другой член семьи, не работающий и занятый уходом за детьми, внуками, братьями и сестрами умершего и ставший нетрудоспособным в период осуществления ухода, сохраняет право на выплату после окончания ухода за этими лицами.

Вред возмещается несовершеннолетним до достижения 18 лет, уча-

щимся старше 18 до окончания учебы в учебных учреждениях по очной форме обучения, но не более чем до 23 лет, женщинам старше 50 лет и мужчинам старше 60 лет пожизненно, инвалидам на срок инвалидности, одному из родителей, супругу либо другому члену семьи, занятому уходом за находившимися на иждивении умершего его детьми, внуками, братьями и сестрами до достижения ими 14 лет либо до изменения состояния здоровья (ст. 1088 ГК).

Право на возмещение вреда имеют нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания.

ГК определяет, что если лица ко дню смерти умершего состояли на его иждивении, но стали нетрудоспособными в течение 5 лет после его смерти, то они также имеют право на выплату. Лицам, имеющим право на возмещение вреда в связи со смертью кормильца, вред возмещается в размере той доли заработка (дохода) умершего, определенного по правилам ст. 1086, которую они получали или имели право получать на свое содержание при его жизни.

При определении возмещения вреда этим лицам в состав доходов умершего наряду с заработком включаются получаемые им при жизни пенсия, пожизненное содержание и другие подобные выплаты. Размер возмещения вреда определяется исходя из среднемесячного заработка (доходов) умершего, исчисленного по правилам, установленным для подсчета возмещения в связи с утратой трудоспособности. При частично утраченной трудоспособности потерпевший вправе в любое время потребовать от лица, на которое возложена обязанность возмещения вреда, соответствующего увеличения размера его возмещения, если трудоспособность потерпевшего в дальнейшем уменьшилась в связи с повреждением здоровья по сравнению с той, которая оставалась у него к моменту присуждения ему возмещения вреда.

Лицо, на которое возложена обязанность возмещения вреда, причиненного здоровью потерпевшего, вправе потребовать соответствующего уменьшения размера возмещения, если трудоспособность потерпевшего возросла по сравнению с той, которая была у него к моменту присуждения возмещения вреда. Суммы выплачиваемого гражданам возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью потерпевшего, подлежат индексации в установленном законом порядке. При повышении в установленном законом порядке МРОТ суммы возмещения утраченного заработка (дохода), иных платежей увеличиваются (ст. 1091 ГК). При реорганизации юридического лица, признанного в установленном порядке ответственным за вред, причиненный

жизни или здоровью, обязанность по выплате соответствующих платежей несет его правопреемник. В случае ликвидации юридического лица, признанного в установленном законом порядке ответственным за вред, причиненный жизни и здоровью, соответствующие платежи должны быть капитализированы для выплаты их потерпевшему по правилам, установленным законом или иными правовыми актами.

Виновные в смерти лица обязаны возместить необходимые расходы на погребение. Пособие на погребение, полученное гражданами, понесшими эти расходы, в счет возмещения вреда не засчитывается (ст. 1094 ГК).

7.2. Дисциплинарная и административная ответственность медицинских работников

При нарушении трудовой дисциплины устанавливается дисциплинарная ответственность, под которой понимается противоправное виновное невыполнение или ненадлежащее выполнение работниками трудовых обязанностей. Субъектами дисциплинарного проступка могут быть только граждане, состоящие в трудовых правоотношениях с предприятием, учреждением и нарушившие трудовую дисциплину. Субъективной стороной является вина в форме умысла и неосторожности. В настоящее время выделяют общую и специальную дисциплинарную ответственность. Кроме того, выделяется дисциплинарная ответственность, предусмотренная правилами внутреннего распорядка. Дисциплинарную ответственность налагает администрация предприятия. В соответствии со ст. 135 Кодекса законов о труде (КЗоТ) РФ за нарушение трудовой дисциплины администрация учреждения применяет следующие дисциплинарные взыскания: замечание, выговор, строгий выговор, увольнение. Не может рассматриваться как нарушение трудовой дисциплины невыполнение трудовых обязанностей при отсутствии надлежащего диагностического оборудования, должной квалификации у медперсонала и т.д. Специальную дисциплинарную ответственность несут отдельные категории граждан (судьи, следователи и т.д.).

В ст. 136 КЗоТ предусмотрено, что до применения дисциплинарного взыскания от работника должно быть затребовано письменное объяснение. При отказе работника дать его администрация может наложить взыскание и без письменного объяснения. Дисциплинарное взыскание накладывается непосредственно после обнаружения проступка, но не позднее 1 мес со дня его обнаружения, не считая

времени болезни работника или его пребывания в отпуске. Взыскание не может быть наложено после 6 мес со дня совершения проступка. За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно взыскание, которое объявляется в приказе или распоряжении по учреждению и доводится до сведения работника под расписку. Меры взыскания в трудовую книжку не заносятся (за исключением увольнения). Дисциплинарное взыскание автоматически снимается через 1 год при условии, что работник не подвергался за этот период другому дисциплинарному взысканию. По инициативе применившего взыскание органа или должностного лица, ходатайства руководителя или трудового коллектива, если подвергнутый дисциплинарному взысканию проявил себя добросовестным работником, оно может быть снято и до истечения 1 года.

В течение действия дисциплинарного взыскания меры поощрения к работнику не применяются.

Административное правонарушение – это посягающее на государственный или общественный порядок, собственность, права и свободы граждан, на установленный порядок управления противоправное виновное действие или бездействие, за которое законодательством предусмотрена административная ответственность.

Административная ответственность наступает за правонарушения, посягающие на права граждан и здоровье населения, воспрепятствование осуществлению гражданином РФ своих избирательных прав либо работе избирательной комиссии (ст. 40 Кодекса РСФСР об административных нарушениях КоАП), нарушение законодательства о труде и законодательства об охране труда (ст. 41 КоАП), нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм (ст. 42 КоАП), незаконные приобретение или хранение наркотических средств в небольших размерах либо потребление наркотических средств без назначения врача (ст. 44 КоАП), сокрытие источника заражения венерической болезнью и контактов больных, создающих опасность заражения (ст. 45 КоАП).

Должностные лица медицинских учреждений несут административную ответственность при совершении проступков по ст. 24 КоАП в форме предупреждения, штрафа, исправительных работ, назначенных судом.

Таким образом, при медицинском вмешательстве может быть причинен как материальный, так и моральный вред, который возмещается по принципам гражданско-правовой ответственности. Дисциплинарная ответственность возникает при невыполнении или ненадлежащем

выполнении работниками трудовых обязанностей. Административная ответственность возникает при нарушении законодательства о труде, санитарно-гигиенических и противоэпидемических норм, а также при других правонарушениях, содержащихся в КоАП.

Литература

- Гражданский кодекс РФ. ч. 2.* – М.: ПРИОР, 1996.
- Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга к Приказу Минздрава Российской Федерации от 10.08.93 № 189.*
- Кодекс законов о труде РФ (КЗоТ).* – М.: Спарк, 1995.
- Кодекс об административных правонарушениях (КоАП).* – М.: Спарк, 1995.
- Комментарий части второй Гражданского кодекса / М.И. Брагинский, В.В. Витрянский, Е.А. Суханов и др.* – М.: ФПК, 1996.
- Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины от 1996 г.*
- Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан.* – М., 1993.
- Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью: прил. 1 к приказу Минздрава РФ № 407 от 10.12.96.*
- Приказ Минздрава РФ от 24.10.96 «О совершенствовании качества медицинской помощи населению РФ».*
- Сергеев А.П.* Гражданское право. – СПб., 1997.
- Толкунова В.Н., Гусов К.Н.* Трудовое право. – М., 1995.
-

Раздел 8. ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Под дефектом медицинской помощи следует понимать некачественное оказание медицинской помощи, заключающееся в ошибках диагностики, лечения больного или организации медицинской помощи, которые привели или могли привести к ухудшению здоровья больного. Все дефекты оказания медицинской помощи также могут быть разделены на дефекты догоспитального и госпитального этапа.

Причинами дефектов медицинской помощи могут быть:

- небрежное отношение к больному;
- позднее обращение к врачу;
- недостаточная квалификация медицинского работника;
- отсутствие необходимых средств диагностики;
- отсутствие необходимых средств лечения;
- атипичное течение болезни;
- объективные трудности для оказания медицинской помощи (крайне тяжелое состояние или алкогольное опьянение больного, сложные условия оказания медицинской помощи);
- отсутствие преемственности в лечении.

Все дефекты медицинской помощи могут быть разделены на 4 основные группы:

- дефекты организации медицинской помощи;
- дефекты при проведении диагностики;
- дефекты в процессе лечения;
- дефекты, не связанные с нарушениями лечебного процесса со стороны врачебного персонала.

Первые 3 группы дефектов подразумевают те или иные виды ответственности врачей. Последняя группа дефектов исключает наступление ответственности врачей. По отношению к причине смерти, под которой понимают основное повреждение (или заболевание), которое само по себе либо через свои осложнения привело к смерти, дефект оказания медицинской помощи может

- быть причиной смерти;
- способствовать наступлению смертельного исхода (т.е. находиться в причинной связи с его наступлением);

– не влиять на наступление смертельного исхода.

Новые руководящие документы, регламентирующие судебно-медицинскую деятельность, указывают на порядок выявления и экспертной оценки дефектов медицинской помощи. Так, в п. 1.2.1. «Правил судебно-медицинской экспертизы трупа» (Приложение 1 к Приказу Министерства здравоохранения РФ № 407 от 10.12.96) говорится, что «...при смерти в лечебно-профилактическом учреждении лица, находящегося на лечении и умершего от насильственной причины или при подозрении на таковую, либо при обстоятельствах, указывающих на ненадлежащее исполнение медицинским персоналом своих должностных и профессиональных обязанностей, главный врач учреждения обязан своевременно известить об этом территориальные правоохранительные органы для решения вопроса о назначении судебно-медицинской экспертизы трупа». В данном случае дефект медицинской помощи всего лишь подозревается (до проведения судебно-медицинского или патологоанатомического исследования).

Если дефект медицинской помощи выявлен, п. 8.23 тех же Правил предусматривает следующий порядок его оценки: «...при выявлении в процессе экспертизы трупа грубых дефектов диагностики и лечения эксперт должен письменно известить об этом местный орган здравоохранения и руководство бюро судебно-медицинской экспертизы. Обсуждение случая на судебно-медицинской клинικο-анатомической конференции и лечебно-контрольной комиссии возможно только с разрешения лица, назначившего экспертизу».

В «Правилах судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью» (Приложение 2 к Приказу Министерства здравоохранения РФ № 407 от 10.12.96) сказано следующее: «Ухудшение состояния здоровья потерпевшего в результате дефектов оказания медицинской помощи по поводу причиненных ему повреждений устанавливают комиссионно с участием соответствующих специалистов и оно не является основанием для увеличения степени тяжести вреда здоровью, вызванного травмой. В подобных случаях судебно-медицинские эксперты обязаны указать в заключении характер наступившего ухудшения или осложнения и в какой причинной связи оно находится с телесным повреждением, а также с дефектами оказания медицинской помощи». Таким образом, это положение ставит перед лицом, производящим экспертизу, следующие задачи:

- обосновать сущность и причины выявленного дефекта;
- доказать наличие или отсутствие причинной связи между дефектом оказания медицинской помощи и наступившим смертельным ис-

ходом или ухудшением здоровья, если смерть не наступила.

Результаты исследования оформляются в виде комиссионной судебно-медицинской экспертизы с привлечением специалистов соответствующего данному случаю профиля.

Кроме того, указанные Правила в п. 20 предписывают в определенных случаях давать экспертную квалификацию осложнений, реально возникших в результате неправильного лечения. «Осложнения, возникшие при производстве операций или применении сложных современных методов диагностики, квалифицируются как вред здоровью, если они явились следствием дефектов при указанных врачебных вмешательствах. Установление дефектов медицинских вмешательств при этом осуществляют комиссионно».

В то же время «Осложнения операций или примененных сложных методов диагностики при отсутствии дефектов их выполнения, являющиеся следствием других причин (тяжесть состояния больного, непредвиденные особенности реакции больного и др.), не подлежат судебно-медицинской оценке тяжести вреда здоровью».

Такие требования предусматривают качественно новый подход к изучению дефектов медицинской помощи, порядку их рассмотрения в соответствующих медицинских инстанциях и вынесению экспертного решения при проведении судебно-медицинских экспертиз живых лиц и трупов.

Все это существенно повышаст юридическую ответственность врачей за дефекты в оказании медицинской помощи. Незнание этих положений по действующему законодательству не освобождает от ответственности, в том числе и уголовной. В качестве примеров можно привести следующие случаи из практики.

В процессе оказания анестезиологического пособия врач-анестезиолог причинил сквозное повреждение трахеи пациента, в результате чего не удалось осуществить интубацию и перевод на искусственную вентилиацию легких. У больного развилась асфиксия, которая привела к смерти. По факту смерти во время выполнения медицинской манипуляции было возбуждено уголовное дело. В ходе следствия были установлены дефекты оказания медицинской помощи госпитального этапа. Дефекты диагностики и лечения выразились в неправильном выполнении медицинской процедуры (интубации трахеи), что привело к причинению сквозного повреждения трахеи, развитию асфиктического состояния и смерти больного. Кроме того, в данном случае не были проведены реанимационные мероприятия, а также допущены грубые нарушения в оформлении медицинских документов (исправления и переписывания истории болезни) и исследовании трупа (в данном случае труп был исследован не судебно-медицинским экспертом, а патологоанатомом, имевшим личную заинтересованность в фальсификации результатов этого исследования). Причиной этих дефектов явились недостатки в организации лечебного процесса в данном учреждении (никто из состава хирургической бригады, проводившей операцию, не знал своих функциональных обязанностей, в результате чего не было ока-

зано реанимационное пособие), отсутствие необходимых средств лечения (дефибрилятор, с помощью которого предполагалось восстановить сердечную деятельность пациента на этапе клинической смерти, оказался неисправен).

В данном случае дефект оказания медицинской помощи стал причиной смерти и следствие пришло к выводу о привлечении врача-анестезиолога к уголовной ответственности по ч. 4 ст. 111 УК (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью, повлекшее по неосторожности смерть потерпевшего) и ст. 293 УК (халатность за неисполнение должностным лицом своих служебных обязанностей), так как это повлекло смерть больного.

Больному с закрытым переломом большеберцовой кости в нижней трети без смещения отломков, который пострадал в дорожно-транспортном происшествии, была наложена циркулярная гипсовая повязка до уровня верхней трети бедра. Через несколько часов после наложения повязки больной предъявил жалобы на сильные боли в поврежденной конечности, чувство «распираания» и «жжения». Для купирования болей были назначены наркотические анальгетики, применение которых продолжалось в течение 5 (!) дней. Каких-либо записей в истории болезни о состоянии поврежденной конечности врачи не делали. Состояние пострадавшего прогрессивно ухудшалось и через 1 нед после начала стационарного лечения стало критическим: температура тела стойко держалась около 40°C, сознание было спутанным, отмечались угрожающие нарушения сердечно-сосудистой, выделительной и дыхательной систем. На видимых участках загипсованной конечности появились пузыри с гнойно-геморрагическим содержимым. Было принято решение снять давящую гипсовую повязку, под которой после снятия врачи обнаружили очаговые обнажения мышц бедра и голени, которые имели «цвет вареного мяса» (признак влажной гангрены). Исходом данной ситуации явилась высокая (практически на уровне тазобедренного сустава) ампутация бедра, которую провели в специализированном лечебном учреждении специалисты РАМН. В силу того, что инфекционный процесс к моменту ампутации был генерализованным, понадобились истинные героические усилия врачей (к счастью для больного, уже других) для спасения жизни пациента.

Причиной множества дефектов медицинской помощи явились невнимательное отношение к больному (вместо того, чтобы выяснить причину нарастающих болей в первые несколько суток, врачи применяли «симптоматическое лечение» в виде наркотических препаратов, снимающих болевые ощущения), недостаточная квалификация медицинских работников (отсутствовал контроль за состоянием поврежденной конечности, находящейся в циркулярной гипсовой повязке; поздно принято решение о ее снятии), неполноценное обследование больного (пропущено начало влажной гангрены). Совокупность этих дефектов охватывается содержанием ст. 293 УК. Поскольку данный случай (чудом не закончившийся смертельным исходом) комиссией судебно-медицинских экспертов был расценен как тяжкий вред здоровью (утрата органа), перед следствием встал вопрос о влиянии допущенных дефектов медицинской помощи на столь тяжелый исход травмы (виноват ли водитель, причинивший больному закрытый пе-

релом большеберцовой кости, в причинении тяжкого вреда здоровью?). В отличие от предыдущей ситуации, здесь дефекты оказания медицинской помощи не явились причиной смерти, но между ними и калечащей ампутацией нижней конечности имелась прямая причинная связь. Травму в виде закрытого перелома комиссия экспертов расценила как вред здоровью средней тяжести (что и вменено водителю, совершившему наезд на данного больного), а допущенные дефекты медицинской помощи «довели» ее до появления квалифицирующих признаков тяжкого вреда здоровью.

В экспертной практике нередко встречаются ситуации, когда на первый взгляд врачами допускаются существенные ошибки в исполнении своих профессиональных обязанностей, но при тщательном изучении медицинских документов и результатов вскрытия выявляется отсутствие причинной связи между этими дефектами и наступившим смертельным исходом. Иллюстрацией может служить следующий пример.

В специализированный стационар поступил пожилой мужчина с ожогом горячей водой менее 1% поверхности тела. В момент поступления и в течение последующих 3 сут его состояние оставалось удовлетворительным, жалоб не было, каких-либо объективных симптомов, свидетельствующих о неблагоприятном течении травмы, с помощью физического и инструментального исследования не выявлялось. Неожиданно на 4-е сутки с момента госпитализации пациент умер во время перевязки. При исследовании трупа обнаружено обширное кровоизлияние в боковые желудочки головного мозга. Гистологическое исследование препаратов головного мозга и его сосудов показало, что при жизни этот человек страдал врожденной патологией кровеносных сосудов головного мозга, которая внезапно осложнилась разрывом сосудистых стенок с последующим кровоизлиянием в жизненно важные структуры мозга. По формальным признакам здесь был допущен дефект медицинской помощи госпитального этапа (дефект диагностики) – не распознано основное заболевание (в данном случае врожденная патология сосудов головного мозга). Однако причинной связи между этим дефектом и наступлением смертельного исхода не усматривается, так как больной поступил с ожоговой травмой и никаких неврологических или терапевтических жалоб не предъявлял; проведенное в клинике обследование было достаточным для того, чтобы успешно лечить имевшуюся ожоговую травму; признаков каких-либо соматических заболеваний, которые могли бы осложнить течение травмы, при целенаправленном поиске не обнаружено; даже если бы лечение врачи выявили врожденную патологию сосудов головного мозга, с которой пациент прожил более 60 лет, они реально не имели бы возможности предотвратить развитие смертельного осложнения в виде разрыва сосудистой стенки и внутрижелудочкового кровоизлияния (современная медицина не располагает приемами и методами, с помощью которых предотвращаются подобные осложнения).

Проблема выявления и экспертной оценки дефектов медицинской помощи стоит необычайно остро. С одной стороны, сокрытие таких фактов ведет к постепенной деградации врачей-клиницистов как в профессиональном, так и в нравственном отношении, порождая

ет у них чувство вседозволенности и безнаказанности. С другой стороны, трудно представить работу врача лечебного профиля без каких-либо ошибок и упущений, особенно на начальных этапах. В связи с этим разработка научного подхода к судебно-медицинской экспертизе дефектов медицинской помощи представляется весьма актуальной.

Литература

Борзенков Г.Н., Бородин С.В., Кузнецова Н.Ф. Новое уголовное право России: Учебное пособие. – СПб.: Зеркало ТЕИС, 1996.

Инструкция по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга к Приказу Министерства здравоохранения РФ № 189 от 10.08.93. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. – М., 1993.

Правила судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью / прил. 1 к приказу Минздрава РФ № 407 от 10.12.96.

Приказ Минздравмедпрома РФ № 148 от 18.04.96 «О лицензировании медицинской деятельности».

Сергеев А.П. Гражданское право. – СПб.: ЛГУ, 1997.

Тихомиров А.В. Медицинская услуга. – М.: ИИД Филинь, 1997.

Уголовно-процессуальный кодекс РФ. – СПб., 1994.

Уголовный кодекс РФ. – М.: НИФРА-М, 1997.

Раздел 9. СОЦИАЛЬНЫЕ И ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Во все времена и у всех народов здоровье человека рассматривалось и ценилось как высшее благо, составляющее основу человеческой жизни. Важнейшим критерием цивилизованного демократического государства является забота о своих гражданах, соблюдении их прав и свобод, включая предоставление законодательно закреплённых гарантий на сохранение, укрепление, а в случаях заболеваний – и восстановление здоровья.

Профилактика – это всеобщий метод в деятельности людей, обществу, государства, направленный на предупреждение правонарушений, болезней, аварий, пожаров и т.п.

Профилактика болезней является составной частью охраны здоровья (его сохранения, восстановления и укрепления) и достигается посредством предупреждения и устранения факторов риска заболеваний, травм, отравлений и других нарушений состояния здоровья человека, а также путем повышения его устойчивости к неблагоприятному воздействию окружающей среды.

Несмотря на достижения науки, техники, повышение уровня жизни людей, общее количество болезней человека не уменьшается. Благодаря успехам прежде всего медицины практически ликвидированы такие опасные заболевания, как чума, оспа, сибирская язва и некоторые другие. Однако в наш век появились не менее грозные «болезни цивилизации» – ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, экологически обусловленные заболевания, СПИД и др.

Понятия «охрана здоровья» и «здравоохранение» нередко смешиваются или взаимно подменяются. Понятие «охрана здоровья» более широкое и охватывает всю инфраструктуру, от которой зависит здоровье человека.

Только медицинскими мерами предупреждать болезни невозможно. Разработка теоретических основ первичной профилактики заболеваний и предложений по их реализации является задачей как клиницистов, так и гигиенистов. Важная роль в данной деятельности при-

надлежит гигиенистам.

Одним из важнейших актов международного сотрудничества в области здравоохранения является создание 07.04.48 Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ). В настоящее время этот день отмечается как Всемирный день здоровья.

В Уставе ВОЗ провозглашается, что «правительства несут ответственность за здоровье своих народов и эта ответственность требует принятия соответствующих мер социального характера и в области здравоохранения».

В последние годы развивается международное сотрудничество в области охраны здоровья населения и здравоохранения. 34-я Сессия Парламентской ассамблеи Европейского совета в 1991 г. приняла рекомендации правительствам государств. В них говорится, что здоровье является показателем качества жизни и составляет неотъемлемую часть социального, экономического и культурного развития индивидуума. Право каждого человека на защиту здоровья признано в Уставе Европейского совета, но многие прочие положения этого трактата касаются здоровья всего населения, например, условий работы, выплаты по социальному обеспечению, медицинской и социальной помощи пожилым людям.

Одобрив идеи основ «Европейской стратегии здоровья для всех к 2000 году», ассамблея призывает правительства стран членов Европейского совета обеспечить принципы и цели вышеупомянутой стратегии при реализации политики и законодательства в отношении здоровья. В документе изложена концепция охраны здоровья населения экономически развитых стран Западной Европы.

Охрана здоровья населения является делом государственной важности. Право на охрану здоровья закреплено Конституцией РФ.

В разделе 1, главе 1 говорится, что «в Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей, ...обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан, развивается система социальных служб, устанавливаются государственные пенсии, пособия и иные гарантии социальной защиты».

Как известно, охрана здоровья человека определяется условиями его труда, быта, отдыха и другими факторами. Ст. 37, п. 3 гласит: «Каждый имеет право на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены...»; п. 5: «Каждый имеет право на отдых».

Вопрос здравоохранения представлен в ст. 114, в которой определено, что Правительство РФ обеспечивает проведение единой госу-

дарственной политики в области культуры, науки, образования, здравоохранения, социального обеспечения, экологии.

Право граждан на охрану здоровья, провозглашенное Конституцией РФ, имеет широкую законодательную основу. Ряд законов и других актов раскрывают и регламентируют различные аспекты охраны здоровья и здравоохранения.

В «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993), как отмечалось выше, определено, что «охрана здоровья граждан – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья» (ст. 1).

В Основах (ст. 2) приведены следующие основные принципы охраны здоровья граждан:

1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;

3) доступность медико-социальной помощи;

4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

5) ответственность органов государственной власти и управления предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Важнейшим законом в сфере охраны здоровья является Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (1991).

Под санитарно-эпидемиологическим благополучием населения понимается такое состояние общественного здоровья и среды обитания людей, при котором отсутствует опасное и вредное влияние ее факторов на организм человека и имются благоприятные условия для его жизнедеятельности.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения РФ обеспечивается:

1) реализацией государственных, региональных и местных программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний населения, оздоровления среды обитания человека и условий его жизне-

деятельности;

2) проведением государственными органами и общественными предприятиями, учреждениями и организациями независимо от их подчиненности и форм собственности должностными лицами и гражданами в качестве составной части их деятельности гигиенических и противоэпидемических мероприятий, а также соблюдением санитарных правил, норм и гигиенических нормативов;

3) сочетанием экономической заинтересованности юридических лиц и граждан в соблюдении санитарного законодательства РФ с их ответственностью за санитарные правонарушения;

4) широкой информированностью населения о состоянии здоровья, гигиенической и эпидемиологической обстановке, проводимых санитарно-профилактических мероприятиях;

5) воспитанием высокой санитарной культуры населения;

6) системой государственного и ведомственного санитарно-эпидемиологического надзора, производственного и общественного контроля за средой обитания.

В Законе говорится и о праве граждан получать от предприятий и организаций достоверные сведения о состоянии среды обитания и здоровья населения, о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия и их результатах, о качестве выпускаемых товаров народного потребления, в том числе пищевых продуктов и питьевой воды.

Этим же законом предусмотрен не только механизм контроля за технологией, производством, хранением, транспортировкой продукции народного потребления, но и ответственность юридических и физических лиц за соответствие всей деятельности, связанной с участием человека, и продукции, предназначенной для человека, действующим санитарным нормам и правилам, на основании которых разрабатываются соответствующие стандарты.

С января 1992 г. введен в действие закон «О медицинском страховании граждан в РФ», который предусматривает ОМС населения всеми предприятиями, учреждениями и организациями как форму социальной защиты в новых экономических условиях. Цель медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. При этом все расходы по ОМС своих сотрудников несут предприятия, учреждения и организации.

Программой ОМС предусматривается предоставление на всей территории Российской Федерации медицинских услуг гарантированного объема – обеспечение первичной медицинской помощи, включая скорую медицинскую помощь; диагностику и лечение в амбулаторных условиях (в том числе неотложную и доврачебную помощь); осуществление мероприятий по профилактике заболеваний; стационарную помощь.

Подробный перечень контингентов населения, заболеваний, профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, составляющих базовую программу ОМС, разрабатывается и утверждается Министерством здравоохранения по согласованию с Министерством экономики и финансов РФ при участии профсоюзных органов.

Кроме перечисленных, действует еще ряд законов и нормативных актов, регламентирующих различные стороны охраны здоровья населения и деятельности органов здравоохранения.

В Вооруженных Силах Российской Федерации охрана здоровья воинов армии и флота регламентируется, кроме того, законами «Об обороне», «О воинской обязанности и военной службе», «О статусе военнослужащих», «О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, и их семей», а также уставами, руководствами, приказами, наставлениями и другими документами.

Литература

Закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» 1991 г.

Закон РФ «Об охране окружающей природной среды» 1991 г.

Закон РФ «О безопасности» 1992 г.

Конституция РФ. – М., 1994.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Право – одно из сложных общественных явлений. В правовопонимании отражаются представления людей об обществе, его духовных ценностях. Появление новых общественных отношений требует правового регулирования, принятия соответствующих норм, в результате чего они получают известную автономию. В настоящее время мы находимся на пороге становления медицинского права.

Необходимо выделить группу правовых принципов, на которые должен опираться врач. Среди них главенствующим можно считать общее отношение к праву и закону. Кроме того, в отечественной медицине отношение к человеку как к высшей ценности всегда было и остается определяющим моментом деятельности. Надлежащая юридическая подготовка врачей позволяет формировать правовую культуру, чувство высокой ответственности перед обществом и государством. Целесообразно знать, что никто не может ссылаться в свое оправдание на незнание закона.

На качество оказываемой медицинской помощи влияют и низкий уровень финансирования здравоохранения, и невыплаты заработной платы медицинскому персоналу, и огрехи в управлении медицинскими учреждениями. Однако в этих бедах меньше всего повинны пациенты, которые порой расплачиваются за медицинские ошибки своим здоровьем. Защита прав пациента – одна из приоритетных задач системы здравоохранения. На сегодняшний день в этой области правоотношений есть нерешенные проблемы. В частности, далека от совершенства система вневедомственной экспертизы, порой замалчиваются случаи грубейших профессиональных ошибок медицинского персонала.

Много проблем и в организации ОМС. Взяв за основу бюджетно-страховую модель финансирования, законодатель не в полной мере учел практику, существовавшую в отечественном здравоохранении.

Проблемы существуют и в системе правового образования руководителей медицинских учреждений, медицинского персонала, врачей-экспертов.

ПРИЛОЖЕНИЯ

от 22 июля 1993 г. № 5487-1

ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН (В ред. Указа Президента РФ от 24.12.93 № 2288)

Руководствуясь Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права, признавая основополагающую роль охраны здоровья граждан как неотъемлемого условия жизни общества и подтверждая ответственность государства за сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, стремясь к совершенствованию правового регулирования и закрепляя приоритет прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья, Верховный Совет Российской Федерации принимает Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Раздел I. Общие положения	108
Статья 1. Охрана здоровья граждан	108
Статья 2. Основные принципы охраны здоровья граждан	108
Статья 3. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан	108
Статья 4. Задачи законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан	109
Раздел II. Компетенция в области охраны здоровья граждан Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы, Санкт-Петербурга и органов местного самоуправления	110
Статья 5. Компетенция Российской Федерации	110
Статья 6. Компетенция республик в составе Российской Федерации	112
Статья 7. Компетенция автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга	114
Статья 8. Компетенция органов местного самоуправления	116
Раздел III. Организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации	117
Статья 9. Полномочия высших органов государственной власти и управления Российской Федерации в области охраны здоровья граждан	117

Статья 10. Финансирование охраны здоровья граждан	118
Статья 11. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения	118
Статья 12. Государственная система здравоохранения	119
Статья 13. Муниципальная система здравоохранения	120
Статья 14. Частная система здравоохранения	120
Статья 15. Порядок и условия выдачи лицензий предприятиям, учреждениям и организациям государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения	121
Статья 16. Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан	122
Раздел IV. Права граждан в области охраны здоровья	123
Статья 17. Право граждан Российской Федерации на охрану здоровья	123
Статья 18. Право иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев на охрану здоровья	123
Статья 19. Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье	124
Статья 20. Право граждан на медико-социальную помощь	124
Статья 21. Охрана здоровья граждан, занятых отдельными видами профессиональной деятельности	125
Раздел V. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья	126
Статья 22. Права семьи	126
Статья 23. Права беременных женщин и матерей	127
Статья 24. Права несовершеннолетних	127
Статья 25. Права военнослужащих, граждан, подлежащих призыву на военную службу и поступающих на военную службу по контракту	128
Статья 26. Права граждан пожилого возраста	129
Статья 27. Права инвалидов	129
Статья 28. Права граждан при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах	130
Статья 29. Права лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест, на получение медицинской помощи	130
Раздел VI. Права граждан при оказании медико-социальной помощи	131
Статья 30. Права пациента	131
Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья	132
Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство	133
Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства	133
Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан	134

Раздел VII. Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека	135
Статья 35. Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона	135
Статья 36. Искусственное прерывание беременности	135
Статья 37. Медицинская стерилизация	136
Раздел VIII. Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам	136
Статья 38. Первичная медико-санитарная помощь	136
Статья 39. Скорая медицинская помощь	137
Статья 40. Специализированная медицинская помощь	137
Статья 41. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями	138
Статья 42. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих	139
Статья 43. Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований	139
Статья 44. Обеспечение населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами	140
Статья 45. Запрещение эвтаназии	141
Статья 46. Определение момента смерти человека	141
Статья 47. Изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации	141
Статья 48. Проведение патологоанатомических вскрытий	141
Раздел IX. Медицинская экспертиза	142
Статья 49. Экспертиза временной нетрудоспособности	142
Статья 50. Медико-социальная экспертиза	143
Статья 51. Военно-врачебная экспертиза	143
Статья 52. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы	144
Статья 53. Независимая медицинская экспертиза	144
Раздел X. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников	145
Статья 54. Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью	145
Статья 55. Порядок и условия выдачи лицам лицензий на определенные виды медицинской и фармацевтической деятельности	146
Статья 56. Право на занятие частной медицинской практикой	147

Статья 57. Право на занятие народной медициной (целительством)	148
Статья 58. Лечащий врач	149
Статья 59. Семейный врач	149
Статья 60. Клятва врача	149
Статья 61. Врачебная тайна	150
Статья 62. Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации	151
Статья 63. Социальная и правовая защита медицинских и фармацевтических работников	152
Статья 64. Оплата труда и компенсации	153
Раздел XI. Международное сотрудничество	154
Статья 65. Международное сотрудничество в области охраны здоровья граждан	154
Раздел XII. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан	155
Статья 66. Основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан	155
Статья 67. Возмещение затрат на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий	155
Статья 68. Ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья	156
Статья 69. Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья	156

Раздел I. Общие положения

Статья 1. Охрана здоровья граждан

Охрана здоровья граждан – это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетья активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации и иными законодательными актами Российской Федерации, Конституциями и иными законодательными актами республик в составе Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Статья 2. Основные принципы охраны здоровья граждан

Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

- 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
- 3) доступность медико-социальной помощи;
- 4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Статья 3. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан

Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан состоит из соответствующих положений Конституции Российской Федерации и Конституций республик в составе Российской Федерации, настоящих Основ и принимаемых в соответствии с ними других законодательных актов Российской Федерации и республик в со-

стве Российской Федерации, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Настоящие Основы регулируют отношения граждан, органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан.

Законодательные акты республик в составе Российской Федерации, правовые акты автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга не должны ограничивать права граждан в области охраны здоровья, установленные настоящими Основами.

Статья 4. Задачи законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан

Задачами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан являются:

1) определение ответственности и компетенции Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга по вопросам охраны здоровья граждан в соответствии с Федеративным договором, а также определение ответственности и компетенции органов местного самоуправления по вопросам охраны здоровья граждан;

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

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

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

Раздел II. Компетенция в области охраны здоровья граждан Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы, Санкт-Петербурга и органов местного самоуправления

Статья 5. Компетенция Российской Федерации

К ведению Российской Федерации в вопросах охраны здоровья граждан относятся:

- 1) принятие и изменение федеральных законов в области охраны здоровья граждан и контроль за их исполнением;
- 2) защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;
- 3) установление основ федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, разработка и реализация федеральных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан;
- 4) установление структуры федеральных органов управления государственной системы здравоохранения, порядка их организации и деятельности;
- 5) определение доли расходов на здравоохранение при формировании республиканского бюджета Российской Федерации, формирование целсвых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, определение налоговой политики (в том числе льгот по налогам, сборам и иным платежам в бюджет) в области охраны здоровья граждан;
- 6) управление федеральной государственной собственностью, используемой в области охраны здоровья граждан;
- 7) природопользование, охрана окружающей природной среды, обеспечение экологической безопасности;
- 8) организация государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации, разработка и утверждение федеральных санитарных правил, норм и гигиенических нормативов, обеспечение государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- 9) организация системы санитарной охраны территории Российской Федерации;
- 10) реализация мер, направленных на спасение жизни людей и

защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мерах;

11) обеспечение единой технической политики в области фармацевтической и медицинской промышленности, утверждение государственных стандартов Российской Федерации, технических условий на продукцию медицинского назначения, организация надзора за их соблюдением;

12) сертификация (регистрация, испытание и разрешение применения) лекарственных и дезинфекционных средств, иммунобиологических препаратов и изделий медицинского назначения, сильнодействующих и ядовитых веществ, наркотических, психотропных средств, выдача лицензий на их производство, контроль за их производством, оборотом и порядком их использования; сертификация продукции, работ и услуг; выдача разрешений на применение новых медицинских технологий;

13) установление единой федеральной системы статистического учета и отчетности в области охраны здоровья граждан;

14) разработка единых критериев и федеральных программ подготовки медицинских и фармацевтических работников, определение номенклатуры специальностей в здравоохранении; установление основных льгот медицинским и фармацевтическим работникам;

15) установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением; разработка и утверждение базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации; установление страхового тарифа взносов на обязательное медицинское страхование граждан Российской Федерации; установление льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении;

16) координация деятельности органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан; охрана семьи, материнства, отцовства и детства;

17) установление порядка производства медицинской экспертизы;

18) установление порядка лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности;

19) установление порядка создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан;

20) координация научных исследований, финансирование феде-

ральных программ научных исследований в области охраны здоровья граждан;

21) международное сотрудничество Российской Федерации и заключение международных договоров Российской Федерации в области охраны здоровья граждан.

Отдельные полномочия в вопросах охраны здоровья граждан, отнесенные к ведению Российской Федерации, могут быть переданы республикам в составе Российской Федерации, автономной области, автономным округам, краям, областям, городам Москве и Санкт-Петербургу в порядке, установленном Федеративным договором о разграничении предметов ведения и полномочий между федеральными органами государственной власти и органами власти суверенных республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов в составе Российской Федерации, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Статья 6. Компетенция республик в составе Российской Федерации

К ведению республик в составе Российской Федерации в вопросах охраны здоровья граждан относятся:

1) принятие законодательных и иных правовых актов, контроль за соблюдением федерального законодательства, законодательная инициатива в области охраны здоровья граждан;

2) защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

3) осуществление федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан; определение основ государственной политики республик в составе Российской Федерации в области охраны здоровья граждан; реализация федеральных программ по развитию здравоохранения; разработка и реализация республиканских программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан;

4) установление структуры органов управления государственной системы здравоохранения республик в составе Российской Федерации, порядка их организации и деятельности; развитие сети учреждений государственной системы здравоохранения республик в составе Российской Федерации; материально-техническое обеспечение предприятий, учреждений и организаций государственной системы здравоохранения, контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи;

5) определение доли расходов на здравоохранение при формировании республиканского бюджета республик в составе Российской Федерации, формирование целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; утверждение программ обязательного медицинского страхования граждан; установление дополнительных льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении;

6) предоставление льгот по налогам, сборам и иным платежам в бюджет в установленном порядке для предприятий, учреждений и организаций, деятельность которых направлена на охрану здоровья граждан;

7) природопользование, охрана окружающей природной среды, обеспечение экологической безопасности;

8) защита исконной среды обитания и традиционного образа жизни малочисленных этнических общностей;

9) обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия и условий для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на территориях республик в составе Российской Федерации; выявление в этих целях факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье граждан, информирование о них населения и проведение мероприятий по их устранению, осуществление профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранных мер;

10) координация деятельности органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан; охрана семьи, материнства, отцовства и детства, санитарно-гигиеническое образование населения;

11) реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мерах;

12) выдача разрешений на применение на территориях республик в составе Российской Федерации новых методов профилактики, диагностики и лечения, новых медицинских технологий;

13) организация и координация деятельности по подготовке кадров в области охраны здоровья граждан, установление этим кадрам льгот дополнительно к принятым на федеральном уровне;

14) лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности, контроль за деятельностью муниципальных лицензионных

комиссий;

15) координация научных исследований, финансирование республиканских программ научных исследований в области охраны здоровья граждан;

16) регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

17) международное сотрудничество в области охраны здоровья граждан;

18) другие вопросы в области охраны здоровья граждан, не относящиеся к компетенции Российской Федерации.

Органы государственной власти республик в составе Российской Федерации по соглашению с федеральными органами государственной власти Российской Федерации могут передавать им осуществление части своих полномочий в вопросах охраны здоровья граждан.

Статья 7. Компетенция автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга

К ведению автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга в вопросах охраны здоровья граждан относятся:

1) принятие правовых актов, контроль за соблюдением федерального законодательства, законодательная инициатива в области охраны здоровья граждан;

2) защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

3) осуществление государственной политики Российской Федерации в области охраны здоровья граждан; реализация федеральных программ по развитию здравоохранения; разработка и реализация региональных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан;

4) формирование органов управления государственной системы здравоохранения автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, развитие сети учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также учреждений системы социальной защиты населения; материально-техническое обеспечение предприятий, учреждений и органи-

заций государственной системы здравоохранения; контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи;

5) определение доли расходов на здравоохранение при формировании собственного бюджета, формирование целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; финансирование и обеспечение развития первичной медико-санитарной помощи, других видов медицинской и лекарственной помощи; осуществление мер по медицинскому страхованию граждан; установление дополнительных льгот отдельным группам населения в оказании медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении;

6) предоставление льгот по налогам, сборам и иным платежам в бюджет в установленном порядке для предприятий, учреждений и организаций, деятельность которых направлена на охрану здоровья граждан;

7) координация деятельности органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан;

8) защита исконной среды обитания и традиционного образа жизни малочисленных этнических общностей;

9) природопользование, охрана окружающей природной среды, обеспечение экологической безопасности;

10) обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия и условий для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на подведомственной территории; выявление факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье граждан, информирование о них населения и проведение мероприятий по их устранению, осуществление профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранных мер;

11) охрана семьи, материнства, отцовства и детства; санитарно-гигиеническое образование населения;

12) реализация мер, направленных на спасение жизни людей и заботу их здоровья при чрезвычайных ситуациях, информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мерах;

13) лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности, контроль за деятельностью муниципальных лицензионных комиссий;

14) организация и координация деятельности по подготовке кадров в области охраны здоровья граждан;

15) регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

16) международное сотрудничество в области охраны здоровья граждан;

17) другие вопросы в области охраны здоровья граждан, не относящиеся к компетенции Российской Федерации.

Органы государственной власти автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга по соглашению с федеральными органами государственной власти Российской Федерации могут передавать им осуществление части своих полномочий в вопросах охраны здоровья граждан.

Статья 8. Компетенция органов местного самоуправления

К ведению органов местного самоуправления в вопросах охраны здоровья граждан относятся:

1) контроль за соблюдением законодательства в области охраны здоровья граждан;

2) защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;

3) формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения; развитие сети учреждений муниципальной системы здравоохранения, определение характера и объема их деятельности; создание условий для развития частной системы здравоохранения; организация первичной медико-санитарной, других видов медико-социальной помощи, обеспечение ее доступности, контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи, обеспечение граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на подведомственной территории;

4) формирование собственного бюджета в части расходов на здравоохранение;

5) обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения и условий для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора на подведомственной территории; выявление факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье граждан, информирование о них населения и проведение мероприятий по их устранению, осуществление профилактических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и природоохранных мер;

6) координация и контроль деятельности предприятий, учреждений и организаций государственной и муниципальной систем здра-

воохранения в пределах своих полномочий, контроль за качеством оказываемой медико-социальной помощи в частной системе здравоохранения;

7) формирование целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан; осуществление мер по обязательному медицинскому страхованию граждан;

8) лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности на подведомственной территории по поручению органа государственного управления соответствующего субъекта Российской Федерации;

9) охрана окружающей природной среды и обеспечение экологической безопасности; ликвидация последствий катастроф и стихийных бедствий;

10) создание и обеспечение деятельности учреждений для проведения реабилитации инвалидов и лиц, страдающих психическими расстройствами, организация их обучения, профессиональной переподготовки и трудового устройства, создание специализированных предприятий, цехов и иных форм организации производства для этих групп населения, а также специальных учреждений для неизлечимо больных пациентов;

11) регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о распространенности социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

12) реализация мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства; санитарно-гигиеническое образование населения.

Раздел III. Организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации

Статья 9. Полномочия высших органов государственной власти и управления Российской Федерации в области охраны здоровья граждан

(Указом Президента РФ от 24.12.93 № 2288 ч. 1 и 2 ст. 9 настоящих Основ признаны не действующими и не подлежащими применению органами государственной власти в части представления Верховному Совету Российской Федерации доклада о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения Российской Федерации).

Верховный Совет Российской Федерации определяет основные

направления федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, принимает закон и утверждает федеральные программы по вопросам охраны здоровья граждан; утверждает республиканский бюджет Российской Федерации, в том числе в части расходов на здравоохранение, и контролирует его исполнение.

Президент Российской Федерации руководит реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, не реже одного раза в год представляет Верховному Совету Российской Федерации доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения Российской Федерации.

Правительство Российской Федерации осуществляет федеральную государственную политику в области охраны здоровья граждан, разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные программы по развитию здравоохранения; в пределах, предусмотренных законодательством, координирует в области охраны здоровья граждан деятельность органов государственного управления, а также предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности.

Статья 10. Финансирование охраны здоровья граждан

Источниками финансирования охраны здоровья граждан являются:

- 1) средства бюджетов всех уровней;
- 2) средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
- 3) средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;
- 4) средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений;
- 5) доходы от ценных бумаг;
- 6) кредиты банков и других кредиторов;
- 7) безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
- 8) иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

Статья 11. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается проведением государственными органами, предприятиями, учреждениями, организациями, общественными объединениями и

гражданами гигиенических и противоэпидемических мероприятий, соблюдением санитарных правил, норм и гигиенических нормативов, системой государственного санитарно-эпидемиологического надзора, а также комплексом других организационных, правовых и экономических мер в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации.

Статья 12. Государственная система здравоохранения

К государственной системе здравоохранения относятся Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерства здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органы управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, Российская академия медицинских наук, Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики Российской Федерации, выполнению программ в области здравоохранения и по развитию медицинской науки. К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

В государственную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, создаваемые министерствами, ведомствами, государственными предприятиями, учреждениями и организациями Российской Федерации помимо Министерства здравоохранения Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации. Предприятия, учреждения и организации государственной системы здравоохранения независимо от их ведомственной подчиненности являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами ав-

тономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органов управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Статья 13. Муниципальная система здравоохранения

К муниципальной системе здравоохранения относятся муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения, которые являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации и органов местного самоуправления. Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой. Финансирование деятельности предприятий, учреждений и организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Статья 14. Частная система здравоохранения

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицин-

ской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

В частную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами. Деятельность учреждений частной системы здравоохранения осуществляется в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации и органов местного самоуправления.

Статья 15. Порядок и условия выдачи лицензий предприятиям, учреждениям и организациям государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения

Предприятия, учреждения и организации государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения могут осуществлять свою деятельность только при наличии лицензии на избранный вид деятельности. Предприятия, учреждения и организации государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения получают лицензию на основании сертификата соответствия условий их деятельности установленным стандартам. В случаях оказания медицинской помощи по нескольким профилям в лицензии указывается отдельно каждый вид деятельности. Выдачу указанных лицензий и сертификатов проводят лицензионные комиссии, создаваемые органом государственного управления субъекта Российской Федерации или местной администрацией по поручению соответствующего органа государственного управления субъекта Российской Федерации. В состав лицензионных комиссий входят представители органа государственного управления субъекта Российской Федерации или местной администрации, органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций. Лицензионные комиссии несут ответственность за обоснованность принимаемых решений. При несоответствии условий деятельности предприятий, учреждений и организаций государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения установленным стандартам лицензия и сертификат не выдаются. При этом лицензионные комиссии могут определить допу-

стимые виды деятельности либо установить срок повторного лицензирования. По инициативе органов управления здравоохранением, лечебно-профилактических учреждений, аптечных учреждений, фармацевтических предприятий и организаций, профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций допускается внеочередное лицензирование.

Лишение лицензий, а также приостановление их действия осуществляется лицензионными комиссиями при несоблюдении предприятиями, учреждениями и организациями требований стандартов качества медицинской помощи. Решение лицензионной комиссии может быть обжаловано в суд должностными лицами предприятий, учреждений и организаций. Порядок и условия выдачи лицензий предприятиям, учреждениям и организациям государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Статья 16. Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан

При органах государственной власти и управления, на предприятиях, в учреждениях, организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения могут создаваться комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан в целях защиты прав человека и отдельных групп населения в этой области, для участия в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с их нарушением, в подготовке рекомендаций по приоритетным направлениям практической и научно-исследовательской деятельности, для решения иных вопросов в области охраны здоровья граждан. В состав комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан входят лица, представляющие интересы общественности, включая специалистов по медицинской этике, юристов, деятелей науки и искусства, представителей духовенства, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов и других общественных объединений.

(Указом Президента РФ от 24.12.93 № 2288 ч. 3 ст. 16 настоящих Основ признана не действующей и не подлежащей применению органами государственной власти в части полномочий Верховного Совета Российской Федерации).

Положение о порядке создания и деятельности комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан утверждается Верховным Советом Российской Федерации.

Раздел IV. Права граждан в области охраны здоровья

Статья 17. Право граждан Российской Федерации на охрану здоровья

Граждане Российской Федерации обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья. Это право обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность. Гражданам Российской Федерации, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Статья 18. Право иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев на охрану здоровья

Иностранцам, находящимся на территории Российской Федерации, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации. Лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, и беженцы пользуются правом на охрану здоровья наравне с гражданами Российской Федерации, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации. Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам, лицам без гражданства и беженцам определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации и министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации.

Статья 19. Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье

Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах. Эта информация предоставляется местной администрацией через средства массовой информации или непосредственно гражданам по их запросам в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации. В интересах охраны здоровья граждан реклама алкогольных напитков и табачных изделий в средствах массовой информации запрещается. Нарушение указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Статья 20. Право граждан на медико-социальную помощь

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

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения. Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации и правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования. Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяются Правительством Российской Федерации. Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях в соответствии со ст. 53 настоящих Основ.

Дети, подростки, учащиеся, инвалиды и пенсионеры, занимающиеся физической культурой, имеют право на бесплатный медицинский контроль. Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы санитарно-эпидемиологической службой вследствие заразного заболевания лиц, окружавших их. Если карантину подлежат несовершеннолетние или граждане, признанные в установленном законом порядке недееспособными, пособие выдается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Работающие граждане в случае болезни имеют право на три дня неоплачиваемого отпуска в течение года, который предоставляется по личному заявлению гражданина без предъявления медицинского документа, удостоверяющего факт заболевания.

Статья 21. Охрана здоровья граждан, занятых отдельными видами профессиональной деятельности

В целях охраны здоровья граждан, предупреждения инфекционных и профессиональных заболеваний работники отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации, проходят обязательные предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры. Гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) или постоянно признан не пригодным по состоянию здоровья к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается на основании заключения медико-социальной экспертизы в соответствии с перечнем медицинских противопоказаний и может быть обжаловано в суд.

Перечень медицинских противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, свя-

занной с источником повышенной опасности, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации и пересматривается не реже одного раза в пять лет.

Работодатели несут ответственность за выделение средств на проведение обязательных и периодических медицинских осмотров работников в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Раздел V. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья

Статья 22. Права семьи

Государство берет на себя заботу об охране здоровья членов семьи. Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-гигиенические, другие консультации и обследования в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства. Семья по договоренности всех ее совместно проживающих совершеннолетних членов имеет право на выбор семейного врача, который обеспечивает ей медицинскую помощь по месту жительства. Семьи, имеющие детей (в первую очередь неполные, воспитывающие детей-инвалидов и детей, оставшихся без попечения родителей), имеют право на льготы в области охраны здоровья граждан, установленные законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации и правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга. Одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка. Лицу, находящемуся вместе с ребенком в больничном учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения, выдается листок нетрудоспособности. Пособие при карантине, по уходу за больным ребенком в возрасте до семи лет выплачивается одному из родителей (иному законному пред-

ставителю) или иному члену семьи за весь период карантина, амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в больничном учреждении, а пособие по уходу за больным ребенком в возрасте старше семи лет выплачивается за период не более 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока.

Статья 23. Права беременных женщин и матерей

Государство обеспечивает беременным женщинам право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья. Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, а также за счет иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации. Женщины во время беременности и в связи с рождением ребенка, а также во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска в установленном законом порядке. Гарантированная продолжительность оплачиваемого отпуска по беременности и родам определяется законодательством Российской Федерации. Продолжительность отпуска может быть увеличена в соответствии с законодательными актами республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга. Государство гарантирует беременным женщинам, кормящим матерям, а также детям в возрасте до трех лет полноценное питание, в том числе в случае необходимости обеспечение их продуктами через специальные пункты питания и магазины по заключению врачей в соответствии с порядком, устанавливаемым Правительством Российской Федерации, правительствами республик в составе Российской Федерации.

Статья 24. Права несовершеннолетних

В интересах охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на:

1) диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации;

2) медико-социальную помощь и питание на льготных условиях, устанавливаемых Правительством Российской Федерации, за счет

средств бюджетов всех уровней;

3) санитарно-гигиеническое образование, на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;

4) бесплатную медицинскую консультацию за счет средств бюджетов всех уровней при определении профессиональной пригодности;

5) получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для них форме.

Несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии со ст. 32, 33, 34 настоящих Основ.

Несовершеннолетние с недостатками физического или психического развития по заявлению родителей или лиц, их заменяющих, могут содержаться в учреждениях системы социальной защиты за счет средств бюджетов всех уровней, благотворительных и иных фондов, а также за счет средств родителей или лиц, их заменяющих.

Статья 25. Права военнослужащих, граждан, подлежащих призыву на военную службу и поступающих на военную службу по контракту

Военнослужащие имеют право на медицинское освидетельствование для определения годности к военной службе и досрочное увольнение с военной службы на основании заключения военно-врачебной комиссии. Граждане, подлежащие призыву на военную службу и поступающие на военную службу по контракту, проходят медицинское освидетельствование и имеют право на получение полной информации о медицинских противопоказаниях для прохождения военной службы и показаниях на отсрочку или освобождение от призыва на военную службу по состоянию здоровья. В случае несогласия с заключением военно-врачебной комиссии военнослужащие, граждане, подлежащие призыву на военную службу и поступающие на военную службу по контракту, имеют право на производство независимой медицинской экспертизы в соответствии со ст. 53 настоящих Основ и (или) обжалование заключений военно-врачебных комиссий в судебном порядке. Военнослужащие, граждане, подлежащие призыву на военную службу и поступающие на военную службу по контракту, имеют право на получение медицинской помощи в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Порядок организации медицинской помощи военнослужащим

устанавливается законодательством Российской Федерации, нормативными актами Министерства обороны Российской Федерации и других министерств, государственных комитетов и ведомств, в которых законом предусмотрена военная служба. Деятельность медицинских комиссий военных комиссариатов обеспечивают и финансируют Министерство обороны Российской Федерации и другие министерства, государственные комитеты и ведомства, в которых законом предусмотрена военная служба.

Статья 26. Права граждан пожилого возраста

Граждане пожилого возраста (достижение возраста, установленного законодательством Российской Федерации для назначения пенсии по старости) имеют право на медико-социальную помощь на дому, в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения и на лекарственное обеспечение, а том числе на льготных условиях. Медико-социальная помощь гражданам пожилого возраста, включая одиноких граждан пожилого возраста и членов семей, состоящих из одних пенсионеров, направлена на лечение имеющихся у них заболеваний и уход, поддержание их активного образа жизни и социальную защиту в случае болезни и неспособности удовлетворять свои основные жизненные потребности. Граждане пожилого возраста на основании медицинского заключения имеют право на санаторно-курортное лечение и реабилитацию бесплатно или на льготных условиях за счет средств социального страхования, органов социальной защиты населения и за счет средств предприятий, учреждений и организаций при их согласии.

Статья 27. Права инвалидов

Инвалиды, в том числе дети-инвалиды и инвалиды с детства, имеют право на медико-социальную помощь, реабилитацию, обеспечение лекарствами, протезами, протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения на льготных условиях, а также на профессиональную подготовку и переподготовку. Нетрудоспособные инвалиды имеют право на бесплатную медико-социальную помощь в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, на уход на дому, а в случае неспособности удовлетворять основные жизненные потребности – на содержание в учреждениях системы социальной защиты населения.

Порядок оказания инвалидам медико-социальной помощи и перечень льгот для них определяются законодательством Российской

Федерации, республик в составе Российской Федерации. Органы государственной власти автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга в пределах своей компетенции могут устанавливать для инвалидов дополнительные льготы. Для ухода за детьми-инвалидами и инвалидами с детства до достижения ими возраста 18 лет одному из работающих родителей или лиц, их заменяющих, предоставляются четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц, которые могут быть использованы одним из названных лиц либо разделены ими между собой по своему усмотрению.

Статья 28. Права граждан при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах

Граждане, пострадавшие при чрезвычайной ситуации, имеют право на получение бесплатной медицинской помощи, санаторно-курортного и восстановительного лечения, проведение гигиенических и противоэпидемических мероприятий по преодолению последствий чрезвычайной ситуации и снижению риска для их жизни и здоровья.

Гражданам Российской Федерации, проживающим в районах, признанных в установленном законодательством порядке экологически неблагоприятными, гарантируется бесплатная медицинская помощь, медико-генетические и другие консультации и обследования при вступлении в брак, а также санаторно-курортное и восстановительное лечение, обеспечение лекарственными средствами, иммунобиологическими препаратами и изделиями медицинского назначения на льготных условиях.

Гражданам, пострадавшим при спасании людей и оказании медицинской помощи в условиях чрезвычайной ситуации, гарантируются бесплатное лечение, включая санаторно-курортное лечение, и все виды реабилитации, а также материальная компенсация в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 29. Права лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест, на получение медицинской помощи

Лица, задержанные, заключенные под стражу, отбывающие наказание в местах лишения свободы либо административный арест, имеют право на получение медицинской помощи, в том числе в необходимых случаях в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, за счет средств бюджетов всех уровней.

Беременные женщины, женщины во время родов и в послеродовой период имеют право на специализированную помощь, в том числе в родильных домах. В местах лишения свободы, где предусматривается совместное содержание матерей и детей в возрасте до одного года, создаются детские ясли с квалифицированным персоналом. Испытание новых методов диагностики, профилактики и лечения, а также лекарственных средств, проведение биомедицинских исследований с привлечением в качестве объекта лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест, не допускаются.

В отношении лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, приостанавливается действие договора о добровольном медицинском страховании до окончания срока пребывания в местах лишения свободы.

Порядок организации медицинской помощи лицам, задержанным, заключенным под стражу, отбывающим наказание в местах лишения свободы либо административный арест, устанавливается законодательством Российской Федерации, нормативными актами Министерства внутренних дел Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Раздел VI. Права граждан при оказании медико-социальной помощи

Статья 30. Права пациента

При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- 2) выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- 3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;
- 5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со ст. 61 настоящих Основ;

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 32 настоящих Основ;

8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст. 33 настоящих Основ;

9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со ст. 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

10) получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

11) возмещение ущерба в соответствии со ст. 68 настоящих Основ в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

12) допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;

13) допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд.

Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, — их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специа-

листами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны. Информация содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным ст. 61 настоящих Основ.

Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных ч. 1 ст. 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ст. 34 настоящих Основ.

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

Статья 34. Оказание медицинской помощи 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, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

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

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

Раздел VII. Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека

Статья 35. Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона

Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона. Искусственное оплодотворение женщины и имплантация эмбриона осуществляются в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, при наличии письменного согласия супругов (одинокой женщины). Сведения о проведенном искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона, а также о личности донора составляют врачебную тайну.

Женщина имеет право на информацию о процедуре искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, о медицинских и правовых аспектах ее последствий, о данных медико-генетического обследования, внешних данных и национальности донора, предоставляемую врачом, осуществляющим медицинское вмешательство. Незаконное проведение искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Статья 36. Искусственное прерывание беременности

Каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 нед, по социальным показаниям – при сроке беременности до 22 нед, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины – независимо от срока беременности. Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку.

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации, а перечень социальных показаний – положением, утверждаемым Правительством Российской Федерации. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Статья 37. Медицинская стерилизация

Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизводству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласия гражданина – независимо от возраста и наличия детей. Перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации. Медицинская стерилизация проводится в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности. Незаконное проведение медицинской стерилизации влечет за собой уголовную ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Раздел VIII. Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам

Статья 38. Первичная медико-санитарная помощь

Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства. Первичная медико-санитарная помощь обеспечивается учреждениями муниципальной системы здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы. В оказании первичной медико-санитарной помощи могут также участвовать учреждения государственной и частной систем здравоохранения на основе договоров со страховыми медицинскими организациями. Объем первичной медико-санитарной помощи устанавливается местной администрацией в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования. Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи устанавливается органами управления муниципальной системы здра-

воохранения на основании нормативных актов Министерства здравоохранения Российской Федерации, Государственного комитета санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации, министерств здравоохранения республик в составе Российской Федерации, правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга. Финансирование первичной медико-санитарной помощи осуществляется за счет средств муниципального бюджета, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Статья 39. Скорая медицинская помощь

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу. Скорая медицинская помощь оказывается специальной службой скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации. Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно за счет средств бюджетов всех уровней.

При угрозе жизни гражданина медицинские работники имеют право использовать бесплатно любой имеющийся вид транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение. В случае отказа должностного лица или владельца транспортного средства выполнить законное требование медицинского работника о предоставлении транспорта для перевозки пострадавшего они несут ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Статья 40. Специализированная медицинская помощь

Специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами – специа-

листами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности. Виды, объем и стандарты качества специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, устанавливаются Министерством здравоохранения Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации.

Специализированная медицинская помощь оказывается за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, личных средств граждан и других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации. Отдельные виды дорогостоящей специализированной медицинской помощи, перечень которых ежегодно определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации, финансируются за счет средств государственной системы здравоохранения.

Статья 41. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями

Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях. Виды и объем медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами.

(Указом Президента РФ от 24.12.93 № 2288 ч. 3 ст. 41 настоящих Основ признана не действующей и не подлежащей применению органами государственной власти в части полномочий Верховного Совета Российской Федерации).

Перечень и виды льгот при оказании медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, устанавливаются Верховным Советом Российской Федерации и Правительством Российской Федерации, Верховными Советами и правительствами республик в составе Российской Федерации, органами государственной власти и управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Финансирование медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, осуществляется за счет

средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Статья 42. Медико-социальная помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих

Гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, перечень которых определяется Правительством Российской Федерации, медико-социальная помощь оказывается бесплатно в предназначенных для этой цели учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения. Виды и объем медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, устанавливаются Министерством здравоохранения Российской Федерации и Государственным комитетом санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами. Для отдельных категорий граждан, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, сохраняется место работы на период их временной нетрудоспособности, устанавливаются льготы в предоставлении жилья и иные льготы, определяемые Верховным Советом Российской Федерации и Правительством Российской Федерации, Верховными Советами и правительствами республик в составе Российской Федерации, органами государственной власти и управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга. Финансирование медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Статья 43. Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований

В практике здравоохранения используются методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке. Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственные

средства могут использоваться в интересах излечения пациента только после получения его добровольного письменного согласия. Не разрешенные к применению, но находящиеся на рассмотрении в установленном порядке методы диагностики, лечения и лекарственных средства могут использоваться для лечения лиц, не достигших возраста 15 лет, только при непосредственной угрозе их жизни и с письменного согласия их законных представителей. Порядок применения указанных в ч. 2 и 3 настоящей статьи методов диагностики, лечения и лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств, в том числе используемых за рубежом, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации или иными уполномоченными на то органами. Проведение биомедицинского исследования допускается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения и должно основываться на предварительно проведенном лабораторном эксперименте. Любое биомедицинское исследование с привлечением человека в качестве объекта может проводиться только после получения письменного согласия гражданина. Гражданин не может быть принужден к участию в биомедицинском исследовании. При получении согласия на биомедицинское исследование гражданину должна быть предоставлена информация о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Гражданин имеет право отказаться от участия в исследовании на любой стадии. Пропаганда, в том числе средствами массовой информации, методов профилактики, диагностики, лечения и лекарственных средств, не прошедших проверочных испытаний в установленном законом порядке, запрещается. Нарушение указанной нормы влечет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации.

Статья 44. Обеспечение населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами

Производство и закупка лекарственных средств и изделий медицинского назначения обеспечиваются в соответствии с потребностями населения Правительством Российской Федерации. Контроль за качеством лекарственных средств, иммунобиологических препаратов, дезинфекционных средств и изделий медицинского назначения осуществляется Министерством здравоохранения Российской Федерации или иными уполномоченными на то министерствами и ведомствами. Категории граждан, обеспечиваемых лекарственными средствами и

изделиями медицинского назначения индивидуального пользования на льготных условиях, устанавливаются Правительством Российской Федерации, правительствами республик в составе Российской Федерации. Право на выписку рецептов для лекарственного обеспечения граждан на льготных условиях имеют лечащие врачи государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Статья 45. Запрещение эвтаназии

Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии – удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. Лицо, которое сознательно побуждает больного к эвтаназии и (или) осуществляет эвтаназию, несет уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 46. Определение момента смерти человека

Констатация смерти осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером). Критерии и порядок определения момента смерти человека, прекращения реанимационных мероприятий устанавливаются положением, утверждаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации, согласованным с Министерством юстиции Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации.

Статья 47. Изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации

Допускается изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации в соответствии с законодательством Российской Федерации. Органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок. Не допускается принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации.

Лица, участвующие в указанных коммерческих сделках, купле и продаже органов и (или) тканей человека, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 48. Проведение патологоанатомических вскрытий

Патологоанатомическое вскрытие проводится врачами в целях получения данных о причине смерти и диагнозе заболевания. Порядок проведения патологоанатомических вскрытий определяется Министерством

здравоохранения Российской Федерации. По религиозным или иным мотивам в случае наличия письменного заявления членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего либо волеизъявления самого умершего, высказанного при его жизни, патологоанатомическое вскрытие при отсутствии подозрения на насильственную смерть не производится, если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации. Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается членам семьи, а при их отсутствии – близким родственникам или законному представителю умершего, а также правоохранительным органам по их требованию. Членам семьи, близким родственникам или законному представителю умершего предоставляется право на приглашение специалиста соответствующего профиля, с его согласия, для участия в патологоанатомическом вскрытии. По требованию членов семьи, близких родственников или законного представителя умершего может быть произведена независимая медицинская экспертиза в порядке, предусмотренном ст. 53 настоящих Основ.

Раздел IX. Медицинская экспертиза

Статья 49. Экспертиза временной нетрудоспособности

Экспертиза временной нетрудоспособности граждан в связи с болезнью, увечьем, беременностью, родами, уходом за больным членом семьи, протезированием, санаторно-курортным лечением и в иных случаях производится в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Экспертиза временной нетрудоспособности производится лечащими врачами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, которые единолично выдают гражданам листки нетрудоспособности сроком до 30 дней, а на больший срок листки нетрудоспособности выдаются врачебной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения. При экспертизе временной нетрудоспособности определяются необходимость и сроки временно-го или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принимается решение о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности.

При оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания с целью соблюдения врачебной тайны вносятся с

согласия пациента, а в случае его несогласия указывается только причина нетрудоспособности (заболевания, травма или иная причина). В отдельных случаях по решению местных органов управления здравоохранением экспертиза временной нетрудоспособности граждан в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения может быть поручена работнику со средним медицинским образованием.

Статья 50. Медико-социальная экспертиза

Медико-социальная экспертиза устанавливает причину и группу инвалидности, степень утраты трудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан. Медико-социальная экспертиза производится учреждениями медико-социальной экспертизы системы социальной защиты населения. Рекомендации медико-социальной экспертизы по трудовому устройству граждан являются обязательными для администрации предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности.

Порядок организации и производства медико-социальной экспертизы устанавливается законодательством Российской Федерации. Гражданин или его законный представитель имеет право на приглашение по своему заявлению любого специалиста с его согласия для участия в проведении медико-социальной экспертизы. Заключение учреждения, производившего медико-социальную экспертизу, может быть обжаловано в суд самим гражданином или его законным представителем в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 51. Военно-врачебная экспертиза

Военно-врачебная экспертиза определяет годность по состоянию здоровья к военной службе граждан, подлежащих призыву на военную службу, поступающих на военную службу по контракту, пребывающих в запасе (резерве) Вооруженных Сил Российской Федерации, федеральных органов государственной безопасности и Пограничных войск Российской Федерации, и военнослужащих, устанавливает у военнослужащих (граждан, призванных на военные сборы) и уволенных с военной службы причинную связь заболеваний, ранений, травм с военной службой (прохождением военных сборов), определяет виды, объем, сроки осуществления медико-социальной помощи военнослужащим и их реабилитации. Порядок организации и производства во-

енно-врачебной экспертизы, а также требования к состоянию здоровья граждан, подлежащих призыву на военную службу, поступающих на военную службу по контракту, и военнослужащих устанавливаются Правительством Российской Федерации. Заключение военно-врачебной экспертизы является обязательными для исполнения должностными лицами на территории Российской Федерации. Гражданам предоставляется право на производство независимой военно-врачебной экспертизы в порядке, предусмотренном ст. 53 настоящих Основ. Заключение учреждения, производившего военно-врачебную экспертизу, может быть обжаловано в суд самим гражданином или его законным представителем в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 52. Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы

Судебно-медицинская экспертиза производится в медицинских учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения экспертом бюро судебно-медицинской экспертизы, а при его отсутствии – врачом, привлеченным для производства экспертизы, на основании постановления лица, производящего дознание, следователя, прокурора или определения суда. Судебно-психиатрическая экспертиза производится в предназначенных для этой цели учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения. Гражданин или его законный представитель имеет право ходатайствовать перед органом, назначившим судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля с его согласия. Порядок организации и производства судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз устанавливается законодательством Российской Федерации. Заключение учреждений, производивших судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую экспертизы, могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 53. Независимая медицинская экспертиза

При несогласии граждан с заключением медицинской экспертизы по их заявлению производится независимая медицинская экспертиза соответствующего вида, предусмотренная ст. 48 и 51 настоящих Основ. Экспертиза признается независимой, если производящие ее эксперты либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимос-

ти от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы. Положение о независимой медицинской экспертизе утверждается Правительством Российской Федерации. При производстве независимой медицинской экспертизы гражданам предоставляется право выбора экспертного учреждения и экспертов. В конфликтных случаях окончательное решение по заключению медицинской экспертизы выносится судом.

Раздел X. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников

Статья 54. Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью

Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а на занятие определенными видами деятельности, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, – также сертификат специалиста и лицензию.

Сертификат специалиста выдается на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан. Врачи в период их обучения в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения имеют право на работу в этих учреждениях под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку. Студенты высших и средних медицинских учебных заведений допускаются к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку, в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации. Лица, не имею-

щие законченного высшего медицинского или фармацевтического образования, могут быть допущены к занятию медицинской или фармацевтической деятельностью в должностях работников со средним медицинским образованием в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Врачи или провизоры, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций. Работники со средним медицинским или фармацевтическим образованием, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после подтверждения своей квалификации в соответствующем учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения либо на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

Лица, получившие медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской или фармацевтической деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях Российской Федерации в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, а также после получения лицензии на занятие определенными Министерством здравоохранения Российской Федерации видами деятельности, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации. Лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 55. Порядок и условия выдачи лицам лицензий на определенные виды медицинской и фармацевтической деятельности

Выдачу лицам лицензий на определенные виды медицинской и фармацевтической деятельности осуществляют лицензионные комиссии, создаваемые органом государственного управления субъекта Российской Федерации или местной администрацией по поручению соответствующего органа государственного управления субъекта Российской Федерации.

В состав лицензионных комиссий входят представители органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских и фар-

мацевтических ассоциаций, высших медицинских учебных заведений и учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения. Лицензионные комиссии несут ответственность за обоснованность принимаемых решений. Лицензия выдается на определенный вид деятельности на основании сертификата специалиста. Выдача лицензии на иной вид деятельности осуществляется отдельной процедурой.

Лишение лиц, занимающихся определенными видами медицинской и фармацевтической деятельности, лицензии или приостановление ее действия осуществляются лицензионными комиссиями или по решению суда в случае несоответствия осуществляемой ими деятельности установленным стандартам качества медицинской помощи или положениям, закрепленным настоящими Основами. Действие лицензии возобновляется после повторного лицензирования при исчезновении оснований, по которым было осуществлено лишение лицензии или приостановление ее действия. Решения лицензионных комиссий могут быть обжалованы в соответствующие органы государственной власти и (или) в суд.

Порядок и условия выдачи лицам лицензий на определенные виды медицинской и фармацевтической деятельности устанавливаются Правительством Российской Федерации. Перечень видов медицинской и фармацевтической деятельности, подлежащих лицензированию, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Статья 56. Право на занятие частной медицинской практикой

Частная медицинская практика – это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами. Частная медицинская практика осуществляется в соответствии с настоящими Основами и другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на избранный вид деятельности. Разрешение на занятие частной медицинской практикой выдается местной администрацией по согласованию с профессиональными медицинскими ассоциациями и действует на подведомственной ей территории. Контроль за качеством оказания медицинской помо-

ши осуществляют профессиональные медицинские ассоциации и местная администрация. Иное вмешательство местной администрации в деятельность лиц, занимающихся частной медицинской практикой, не допускается, за исключением случаев, когда такое вмешательство прямо предусмотрено законом. Запрещение занятия частной медицинской практикой производится по решению органа, выдавшего разрешение на занятие частной медицинской практикой, или суда.

Статья 57. Право на занятие народной медициной (целительством)

Народная медицина – это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Правом на занятие народной медициной обладают граждане Российской Федерации, получившие диплом целителя, выдаваемый министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органами управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга. Решение о выдаче диплома целителя принимается на основании заявления гражданина и представления профессиональной медицинской ассоциации либо заявления гражданина и совместного представления профессиональной медицинской ассоциации и учреждения, имеющего лицензию на соответствующий вид деятельности. Диплом целителя дает право на занятие народной медициной на территории, подведомственной органу управления здравоохранением, выдавшему диплом. Лица, получившие диплом целителя, занимаются народной медициной в порядке, устанавливаемом местной администрацией в соответствии со ст. 56 настоящих Основ. Допускается использование методов народной медицины в лечебно-профилактических учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения по решению руководителей этих учреждений в соответствии со ст. 43 настоящих Основ.

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

Статья 58. Лечащий врач

Лечащий врач – это врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении. Лечащим врачом не может быть врач, обучающийся в высшем медицинском учебном заведении или образовательном учреждении послевузовского профессионального образования. Лечащий врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (его подразделения). В случае требования пациента о замене лечащего врача последний должен содействовать выбору другого врача. Лечащий врач организует своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию больного или его законного представителя приглашает консультантов и организует консилиум. Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением экстренных случаев, угрожающих жизни больного. Лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности сроком до 30 дней. Лечащий врач может отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения. Лечащий врач несет ответственность за недобросовестное выполнение своих профессиональных обязанностей в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Статья 59. Семейный врач

Семейный врач – это врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста. Порядок деятельности семейного врача устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации.

Статья 60. Клятва врача

Лица, окончившие высшие медицинские учебные заведения Российской Федерации и получившие диплом врача, дают клятву врача. Текст клятвы врача утверждается Верховным Советом Российской Федерации. Врачи за нарушение клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Статья 61. Врачебная тайна

Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений.

Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей, кроме случаев, установленных ч. 3 и 4 настоящей статьи.

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.

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

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;

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

3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;

4) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

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

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

Статья 62. Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации

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

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации принимают участие:

1) в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм;

2) в разработке стандартов качества медицинской помощи, федеральных программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, в присвоении медицинским и фармацевтическим работникам квалификационных категорий;

3) в лицензировании медицинской и фармацевтической деятельности;

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

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

Профессиональные медицинские, фармацевтические ассоциации и другие общественные объединения осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Статья 63. Социальная и правовая защита медицинских и фармацевтических работников

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на:

- 1) обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;
- 2) работу по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом;
- 3) защиту своей профессиональной чести и достоинства;
- 4) получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки;
- 5) совершенствование профессиональных знаний;
- 6) переподготовку за счет средств бюджетов всех уровней при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата ликвидации предприятий, учреждений и организаций;
- 7) страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей;
- 8) беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих предприятиям, учреждениям, организациям или гражданам, а также любого имеющегося вида транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение в случаях, угрожающих его жизни;
- 9) первоочередное получение жилых помещений, установку телефона, предоставление их детям мест в детских дошкольных и санаторно-курортных учреждениях, приобретение на льготных условиях автотранспорта, используемого для выполнения профессиональных обязанностей при разъездном характере работы, и иные льготы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Врачи, провизоры, работники со средним медицинским и фармацевтическим образованием государственной и муниципальной систем здравоохранения, работающие и проживающие в сельской местности и поселках городского типа, а также проживающие с ними члены их семей имеют право на бесплатное предоставление квартир с отоплением и освещением в соответствии с действующим законода-

тельством. Порядок переподготовки, совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, получения ими квалификационных категорий определяется в соответствии с настоящими Основами Министерством здравоохранения Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации совместно с профессиональными медицинскими и фармацевтическими ассоциациями.

Статья 64. Оплата труда и компенсации

Оплата труда медицинских и фармацевтических работников, а также научных работников и профессорско-преподавательского состава высших и средних медицинских и фармацевтических учебных заведений, медицинских факультетов университетов производится в соответствии с их квалификацией, стажем и выполняемыми ими обязанностями, что предусматривается трудовым договором (контрактом).

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на компенсационную выплату в процентах к должностным окладам за работу с вредными, тяжелыми и опасными условиями труда, а также иные льготы, предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

(Указом Президента РФ от 24.12.93 № 2288 ч. 3 ст. 64 настоящих Основ признана не действующей и не подлежащей применению органами государственной власти в части согласования с профессиональными союзами).

Перечень категорий работников, имеющих право на повышение заработной платы, надбавки и доплаты к заработной плате, а также на другие виды компенсаций и льгот, устанавливается Правительством Российской Федерации по согласованию с профессиональными союзами. Порядок и условия выплаты компенсаций и предоставления льгот научным работникам государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также профессорско-преподавательскому составу высших и средних медицинских и фармацевтических учебных заведений, медицинских факультетов университетов соответствуют порядку и условиям выплаты компенсаций и предоставления льгот медицинским и фармацевтическим работникам. Для медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, работа которых связана с угрозой их жизни и здоровью, устанавливается обязательное государственное

личное страхование на сумму в размере 120 месячных должностных окладов в соответствии с перечнем должностей, занятис которых связано с угрозой жизни и здоровью работников, утверждаемым Правительством Российской Федерации. В случае причинения вреда здоровью медицинских и фармацевтических работников при исполнении ими трудовых обязанностей или профессионального долга им возмещается ущерб в объеме и порядке, устанавливаемых законодательством Российской Федерации. В случае гибели работников государственной и муниципальной систем здравоохранения при исполнении ими трудовых обязанностей или профессионального долга во время оказания медицинской помощи или проведения научных исследований семьям погибших выплачивается единовременное денежное пособие в размере 120 месячных должностных окладов. На выпускников медицинских и фармацевтических высших и средних учебных заведений, прибывших на работу в сельские лечебно-профилактические учреждения по направлению, распространяются порядок и условия выдачи единовременного пособия на хозяйственное обзаведение, устанавливаемые для специалистов, окончивших сельскохозяйственные учебные заведения.

Раздел XI. Международное сотрудничество

Статья 65. Международное сотрудничество в области охраны здоровья граждан

Сотрудничество Российской Федерации с другими государствами в области охраны здоровья граждан осуществляется на основе международных договоров Российской Федерации. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем те, которые содержатся в настоящих Основах, то применяются правила международного договора. Соглашения, заключаемые в рамках международного сотрудничества в области охраны здоровья граждан органами управления здравоохранением, а также предприятиями, учреждениями, организациями, не должны ограничивать права и свободы человека и гражданина в области охраны здоровья, закрепленные настоящими Основами и другими актами законодательства Российской Федерации.

Раздел XII. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан

Статья 66. Основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан

В случаях причинения вреда здоровью граждан виновные обязаны возместить потерпевшим ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации. Ответственность за вред здоровью граждан, причиненный несовершеннолетним или лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным, наступает в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Вред, причиненный здоровью граждан в результате загрязнения окружающей природной среды, возмещается государством, юридическим или физическим лицом, причинившим вред, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 67. Возмещение затрат на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий

Средства, затраченные на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий, взыскиваются с предприятий, учреждений, организаций, ответственных за причиненный вред здоровью граждан, в пользу учреждений государственной или муниципальной системы здравоохранения, понесших расходы, либо в пользу учреждений частной системы здравоохранения, если лечение проводилось в учреждениях частной системы здравоохранения. Лица, совместно причинившие вред здоровью граждан, несут солидарную ответственность по возмещению ущерба.

При причинении вреда здоровью граждан несовершеннолетними возмещение ущерба осуществляют их родители или лица, их заменяющие, а в случае причинения вреда здоровью граждан лицами, признанными в установленном законом порядке недееспособными, возмещение ущерба осуществляется за счет государства в соответствии с законодательством Российской Федерации. Подлежащий возмещению ущерб определяется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 68. Ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья

В случае нарушения прав граждан в области охраны здоровья вследствие недобросовестного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью граждан или их смерть, ущерб возмещается в соответствии с ч. 1 ст. 66 настоящих Основ. Возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации.

Статья 69. Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья

Действия государственных органов и должностных лиц, ущемляющие права и свободы граждан, определенные настоящими Основами, в области охраны здоровья, могут быть обжалованы в вышестоящие государственные органы, вышестоящим должностным лицам или в суд в соответствии с действующим законодательством.

Президент Российской Федерации
Б.Н. ЕЛЬЦИН
Москва, Дом Советов России
22 июля 1993 г.
№ 5487-1

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ. ЗАКОН О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Настоящий Закон определяет правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации. Закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в новых экономических условиях и обеспечивают конституционное право граждан Российской Федерации на медицинскую помощь (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

РАЗДЕЛ 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	159
Статья 1. Медицинское страхование	159
Статья 2. Субъекты медицинского страхования	159
РАЗДЕЛ 2. СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	160
Статья 3. Объект добровольного медицинского страхования	160
Статья 4. Договор медицинского страхования	160
Статья 5. Страховой медицинский полис	161
Статья 6. Права граждан Российской Федерации в системе медицинского страхования	161
Статья 7. Права и обязанности лиц, не имеющих гражданства, в системе медицинского страхования	162
Статья 8. Медицинское страхование граждан Российской Федерации за границей и иностранных граждан на территории Российской Федерации	162
Статья 9. Права и обязанности страхователя	162
Статья 10. Источники финансирования системы здравоохранения в Российской Федерации	163
Статья 11. Финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения	163
Статья 12. Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования	164
Статья 13. Налогообложение средств, направляемых на здравоохранение	165
РАЗДЕЛ 3. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	166
Статья 14. Страховая медицинская организация	166
Статья 15. Права и обязанности страховой медицинской организации	166

Статья 16. Выдача лицензий на право заниматься медицинским страхованием	167
Статья 17. Страховые взносы на медицинское страхование	167
Статья 18. Налогообложение страховых медицинских организаций	168
Статья 19. Реорганизация и ликвидация страховых медицинских организаций	168
РАЗДЕЛ 4. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	168
Статья 20. Права и обязанности медицинских учреждений	168
Статья 21. Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений	169
Статья 22. Программы обязательного медицинского страхования	169
Статья 23. Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию	170
Статья 24. Тарифы на услуги в системе медицинского страхования	170
Статья 25. Налогообложение медицинских учреждений	170
РАЗДЕЛ 5. РЕГУЛИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ СТОРОН В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	171
Статья 26. Регулирование отношений субъектов медицинского страхования	171
Статья 27. Ответственность сторон в системе медицинского страхования	171
Статья 28. Право страховой медицинской организации на возмещение расходов	172

Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Медицинское страхование

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Цель медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

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

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 2. Субъекты медицинского страхования

В качестве субъектов медицинского страхования выступают: граждане, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение. Страхователями при обязательном медицинском страховании являются: для неработающего населения – Советы Министров республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация; для работающего населения – предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, и лица свободных профессий* (далее – предприятия).

*Под лицами свободных профессий подразумеваются лица творческих профессий, не объединенные в творческие союзы.

Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан.

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Раздел 2. СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 3. Объект добровольного медицинского страхования

Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 4. Договор медицинского страхования

Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования. Субъекты медицинского страхования выполняют обязательства по заключенному договору в соответствии с законодательством Российской Федерации. Договор медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования. Договор медицинского страхования должен содержать: наименование сторон; сроки действия договора; численность застрахованных; размер, сроки и порядок внесения страховых взносов; перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования;

права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия. Форма типовых договоров обязательного и добровольного медицинского страхования, порядок и условия их заключения устанавливаются Советом Министров Российской Федерации. Договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное. В случае утраты страхователем в период действия договора обязательного медицинского страхования прав юридического лица вследствие реорганизации или ликвидации предприятия права и обязанности по указанному договору переходят к его правопреемнику. В период действия договора добровольного медицинского страхования при признании судом страхователя недееспособным либо ограниченным в дееспособности его права и обязанности переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах застрахованного (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 5. Страховой медицинский полис

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис. Страховой медицинский полис находится на руках у застрахованного. Форма страхового медицинского полиса и инструкция о его ведении утверждаются Советом Министров Российской Федерации. Страховой медицинский полис имеет силу на всей территории Российской Федерации, а также на территориях других государств, с которыми Российская Федерация имеет соглашения о медицинском страховании граждан (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 6. Права граждан Российской Федерации в системе медицинского страхования

Граждане Российской Федерации имеют право на: обязательное и добровольное медицинское страхование; выбор медицинской страховой организации; выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования; получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства; получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса; предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том чис-

ле на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования; возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

Нормы, касающиеся обязательного медицинского страхования, устанавливаемые настоящим Законом и принятыми в соответствии с ним нормативными актами, распространяются на работающих граждан с момента заключения с ними трудового договора.

Защиту интересов граждан осуществляют Советы Министров Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация, профсоюзные, общественные или иные организации (объединения) (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 7. Права и обязанности лиц, не имеющих гражданства, в системе медицинского страхования

На территории Российской Федерации лица, не имеющие гражданства, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 8. Медицинское страхование граждан Российской Федерации за границей и иностранных граждан на территории Российской Федерации

Медицинское страхование граждан Российской Федерации, находящихся за рубежом, осуществляется на основе двусторонних соглашений Российской Федерации со странами пребывания граждан. Медицинское страхование иностранных граждан, временно находящихся в Российской Федерации, осуществляется в порядке, устанавливаемом Советом Министров Российской Федерации. Иностранные граждане, постоянно проживающие в Российской Федерации, имеют такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации, если международными договорами не предусмотрено иное (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 9. Права и обязанности страхователя

Страхователь имеет право на: участие во всех видах медицинского страхования; свободный выбор страховой организации; осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского стра-

хования; возвратность части страховых взносов от страховой медицинской организации при добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора. Предприятие-страхователь, кроме прав, перечисленных в ч. 1 настоящей статьи, имеет право на: привлечение средств из прибыли (доходов) предприятия на добровольное медицинское страхование своих работников.

Страхователь обязан: заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией; вносить страховые взносы в порядке, установленном настоящим Законом и договором медицинского страхования; в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан; предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 10. Источники финансирования системы здравоохранения в Российской Федерации

Источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения в Российской Федерации являются: средства республиканского (Российской Федерации) бюджета, бюджетов республик в составе Российской Федерации и бюджетов местных Советов народных депутатов; средства государственных и общественных организаций (объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов; личные средства граждан; безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования; доходы от ценных бумаг; кредиты банков и других кредиторов; иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Из этих средств формируются самостоятельные фонды здравоохранения и фонды медицинского страхования. Из этих источников формируются финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения и финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 11. Финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения

Финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения предназначены для реализации государственной политики в области охраны здоровья населения. Правительство Российской Федерации, правительства республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, автоном-

ных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация определяют размеры финансирования государственной, муниципальной систем здравоохранения. Финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения используются для: финансирования мероприятий по разработке и реализации целевых программ, утвержденных Советами Министров Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, органами государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местной администрацией; обеспечения профессиональной подготовки кадров; финансирования научных исследований; развития материально-технической базы учреждений здравоохранения; субсидирования конкретных территорий с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи населению по обязательному медицинскому страхованию; оплаты особо дорогостоящих видов медицинской помощи; финансирования медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях; оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий, катастроф и других целей в области охраны здоровья населения. Средства, не израсходованные в истекшем году, изъятию не подлежат и при утверждении ассигнований из бюджета на следующий год не учитываются (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 12. Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования

Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование. Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования создаются Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования создается Верховным Советом Российской Федерации и Правительством Российской Федерации и осуществляет свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Ч. 3 утратила силу (в части создания Федерального фонда обязательного медицинского страхования Верховным Советом Российской Федерации). – Указ Президента РФ от 24.12.93 № 2288.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхо-

вания создаются Верховными Советами республик в составе Российской Федерации и правительствами республик в составе Российской Федерации, Советами народных депутатов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга и соответствующими органами исполнительной власти и осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, нормативными правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга. Фонды обязательного медицинского страхования предназначены для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение. Финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

В частичное изменение ст. 12 направить в 1994 г. в федеральный бюджет свободные по состоянию на конец каждого квартала средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сумме до 200 млрд рублей для их использования на финансирование лечебных учреждений здравоохранения. – Федеральный закон от 01.07.94 № 9-ФЗ.

Порядок сбора страховых взносов на обязательное медицинское страхование разрабатывается Правительством Российской Федерации и утверждается Верховным Советом Российской Федерации (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 13. Налогообложение средств, направляемых на здравоохранение

Средства, направляемые гражданами и юридическими лицами на финансирование государственной, муниципальной систем здравоохранения, исключаются из сумм, облагаемых налогами. Юридическим лицам, направляющим средства из прибыли на добровольное медицинское страхование работников предприятия, а также членов их семей и лиц, ушедших на пенсию с данного предприятия, предоставляются налоговые льготы в размере до 10% от суммы, направленной из прибыли на эти цели. Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования освобождаются от уплаты налогов по доходам от основной деятельности (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Раздел 3. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Статья 14. Страховая медицинская организация

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами, с любыми, предусмотренными законодательством Российской Федерации формами собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующие свою деятельность в соответствии с законодательством, действующим на территории Российской Федерации. Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения.

Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций. Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения имеют право владеть акциями страховых медицинских организаций. Суммарная доля акций, принадлежащих органам управления здравоохранением и медицинским учреждениям, не должна превышать 10% общего пакета акций страховой медицинской организации (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 15. Права и обязанности страховой медицинской организации

Страховая медицинская организация имеет право: свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования; участвовать в аккредитации медицинских учреждений; устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию; принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги; предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или (и) морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Страховая медицинская организация обязана:

- осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе;
- заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;

- заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими или иными учреждениями;

- с момента заключения договора медицинского страхования выдавать страхователю или застрахованному страховые медицинские полисы;

- осуществлять возвратность части страховых взносов страхователю или застрахованному, если это предусмотрено договором медицинского страхования;

- контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора;

- защищать интересы застрахованных.

Страховые медицинские организации для обеспечения устойчивости страховой деятельности создают резервные фонды.

Страховая медицинская организация не имеет права отказать страхователю в заключении договора обязательного медицинского страхования, который соответствует действующим условиям страхования (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 16. Выдача лицензий на право заниматься медицинским страхованием

Государственная лицензия на право заниматься медицинским страхованием выдается органами Федеральной службы России по надзору за страховой деятельностью в соответствии с законодательством, действующим на территории Российской Федерации (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 17. Страховые взносы на медицинское страхование

Страховые взносы устанавливаются как ставки платежей по обязательному медицинскому страхованию в размерах, обеспечивающих выполнение программ медицинского страхования и деятельность страховой медицинской организации.

Платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляют Советы Министров республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области и автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация за счет средств, предусматриваемых в соответствующих бюджетах при их формировании на соответствующие годы с учетом индексации цен. При недостатке средств местного бюджета страховые взносы дотируются за счет соответству-

ющих бюджетов в порядке, установленном Советом Министров Российской Федерации. Страховой тариф взносов на обязательное медицинское страхование для предприятий, организаций, учреждений и иных хозяйствующих субъектов независимо от форм собственности устанавливается в процентах по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям и утверждается Верховным Советом Российской Федерации. Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятий и личных средств граждан путем заключения договора. Размеры страховых взносов на добровольное медицинское страхование устанавливаются по соглашению сторон. От уплаты взносов на обязательное медицинское страхование освобождаются общественные организации инвалидов, находящиеся в собственности этих организаций предприятия, объединения и учреждения, созданные для осуществления их уставных целей (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 18. Налогообложение страховых медицинских организаций

На страховые медицинские организации распространяется действующее на территории Российской Федерации законодательство по налогообложению (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 19. Реорганизация и ликвидация страховых медицинских организаций

Страховые медицинские организации реорганизуются и ликвидируются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Раздел 4. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 20. Права и обязанности медицинских учреждений

Медицинскую помощь в системе медицинского страхования оказывают медицинские учреждения с любой формой собственности, аккредитованные в установленном порядке. Они являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями. По лицензиям

медицинские учреждения реализуют программы добровольного медицинского страхования без улерба для программ обязательного медицинского страхования. Медицинские учреждения, выполняющие программы медицинского страхования, имеют право оказывать медицинскую помощь и вне системы медицинского страхования. Медицинские учреждения в системе медицинского страхования имеют право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность застрахованных.

Статья 21. Лицензирование и аккредитация медицинских учреждений

Лицензирование – это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Лицензированию подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности. Лицензирование проводят лицензионные комиссии, создаваемые при органах государственного управления, городской и районной местной администрации из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, медицинских учреждений, общественных организаций (объединений). Аккредитация медицинских учреждений – определение их соответствия установленным профессиональным стандартам. Аккредитации подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности. Аккредитацию медицинских учреждений проводят аккредитационные комиссии, создаваемые из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, страховых медицинских организаций. Аккредитованному медицинскому учреждению Советы Министров республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация выдают сертификат (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 22. Программы обязательного медицинского страхования

Базовую программу обязательного медицинского страхования разрабатывает Министерство здравоохранения Российской Федерации и утверждает Совет Министров Российской Федерации. На основе базовой программы Советы Министров республик в составе Российской Федерации, органы государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и

Санкт-Петербурга, местная администрация утверждают территориальные программы обязательного медицинского страхования. Объем и условия оказания медицинской помощи, предусматриваемые территориальными программами, не могут быть ниже установленных в базовой программе (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 23. Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию

Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) – это соглашение, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования. Взаимоотношения сторон определяются условиями договора. Договор должен содержать: наименование сторон; численность застрахованных; виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг); стоимость работ и порядок расчетов; порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств; ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 24. Тарифы на услуги в системе медицинского страхования

Тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются соглашением между страховыми медицинскими организациями, Советами Министров республик в составе Российской Федерации, органами государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местной администрацией и профессиональными медицинскими ассоциациями. Тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи. Тарифы на медицинские и иные услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, организацией, учреждением или лицом, предоставляющим эти услуги. (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 25. Налогообложение медицинских учреждений

Доходы от деятельности медицинских учреждений при выполнении программ обязательного медицинского страхования налогом не облагаются.

РАЗДЕЛ 5. РЕГУЛИРОВАНИЕ ОТНОШЕНИЙ СТОРОН В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Статья 26. Регулирование отношений субъектов медицинского страхования

Отношения субъектов медицинского страхования регулируются настоящим Законом, законодательством Российской Федерации и другими нормативными актами, а также условиями договоров, заключенных между субъектами медицинского страхования. Споры по медицинскому страхованию разрешаются судами в соответствии с их компетенцией и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 27. Ответственность сторон в системе медицинского страхования

За отказ предприятий, учреждений, организаций и иных хозяйствующих субъектов независимо от форм собственности от регистрации в качестве плательщиков страховых взносов, за сокрытие или занижение сумм, с которых должны начисляться страховые взносы, за нарушение установленных сроков их уплаты к плательщикам страховых взносов применяются финансовые санкции. Уплата штрафа и (или) пени не освобождает страхователя от обязательств по медицинскому страхованию. При взыскании в бесспорном порядке штрафа и (или) пени Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования пользуются правами, предоставленными налоговым органам Российской Федерации по взысканию не внесенных в срок налогов.

Медицинские учреждения в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями договора несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг. Страховая организация несет правовую и материальную ответственность перед застрахованной стороной или страхователем за невыполнение условий договора медицинского страхования. Материальная ответствен-

ность предусматривается условиями договора медицинского страхования. Оплата услуг медицинских учреждений страховыми организациями производится в порядке и сроки, предусмотренные договором между ними, но не позднее месяца с момента представления документа об оплате. Ответственность за несвоевременность внесения платежей определяется условиями договора медицинского страхования. За необоснованный отказ в заключении договора обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация по решению суда может быть лишена лицензии на право заниматься медицинским страхованием (в ред. Закона РФ от 02.04.93 № 4741-1).

Статья 28. Право страховой медицинской организации на возмещение расходов

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

Председатель
Верховного Совета РСФСР
Б.Н. ЕЛЬЦИН
Москва, Дом Советов РСФСР
28 июня 1991 г.
№ 1499-1

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к Приказу Минздрава РФ от 10 августа 1993 г. № 189

ИНСТРУКЦИЯ ПО КОНСТАТАЦИИ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА НА ОСНОВАНИИ ДИАГНОЗА СМЕРТИ МОЗГА

1. Общие сведения

Смерть мозга есть полное и необратимое прекращение всех функций головного мозга, регистрируемое при работающем сердце и искусственной вентиляции легких. Смерть мозга эквивалентна смерти человека.

Решающим для констатации смерти мозга является сочетание факта прекращения функций всего головного мозга с доказательством необратимости этого прекращения. Право на установление диагноза смерти мозга дает наличие точной информации о причинах и механизмах развития этого состояния. Смерть мозга может развиваться в результате его первичного или вторичного повреждения.

Смерть мозга в результате его первичного повреждения развивается вследствие резкого повышения внутричерепного давления и обусловленного им прекращения мозгового кровообращения (тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, спонтанные и иные внутричерепные кровоизлияния, инфаркт мозга, опухоли мозга, закрытая острая гидроцефалия и др.), а также вследствие открытой черепно-мозговой травмы, внутричерепных оперативных вмешательств на мозге и др. Вторичное повреждение мозга возникает в результате гипоксий различного генеза, в т.ч. при остановке сердца и прекращении или резком ухудшении системного кровообращения, вследствие длительно продолжающегося шока и др.

2. Условия для установления диагноза смерти мозга

Диагноз смерти мозга не рассматривается до тех пор, пока не исключены следующие воздействия: интоксикации, включая лекарственные, первичная гипотермия, гиповолемический шок, метаболические эндокринные комы, а также применение наркотизирующих средств и миорелаксантов. Поэтому первое и неперемное условие установления диагноза смерти мозга заключается в доказательстве отсутствия воздействия лекарственных препаратов, угнетающих ЦНС и нервно-мышечную передачу, интоксикаций, метаболических нарушений и инфекционных поражений мозга. Во время клинического обследования больного ректальная температура должна быть стабильно выше 32°C, систолическое артериальное давление не ниже 90 мм рт. ст. (при бо-

лее низком АД оно должно быть поднято внутривенным введением вазопрессорных препаратов). При наличии интоксикации, установленной в результате токсикологического исследования, диагноз смерти мозга до исчезновения ее признаков не рассматривается.

3. Комплекс клинических критериев, наличие которых обязательно для установления диагноза смерти мозга

3.1. Полное и устойчивое отсутствие сознания (кома).

3.2. Атония всех мышц.

3.3. Отсутствие реакции на сильные болевые раздражения в области тригеминальных точек и любых других рефлексов, замыкающихся выше шейного отдела спинного мозга.

3.4. Отсутствие реакции зрачков на прямой яркий свет. При этом должно быть известно, что никаких препаратов, расширяющих зрачки, не применялось. Глазные яблоки неподвижны.

3.5. Отсутствие корнеальных рефлексов.

3.6. Отсутствие окулоцефалических рефлексов.

Для вызывания окулоцефалического рефлекса врач занимает положение у изголовья кровати так, чтобы голова больного удерживалась между кистями врача, а большие пальцы приподнимали веки. Голова поворачивается на 180° одну сторону и удерживается в этом положении 3–4 с, затем – в противоположную сторону на то же время. Если при поворотах головы движений глаз не происходит и они стойко сохраняют срединное положение, то это свидетельствует об отсутствии окулоцефалических рефлексов. Окулоцефалические рефлексы не исследуются при наличии или при подозрении на травматическое повреждение шейного отдела позвоночника.

3.7. Отсутствие окуловестибулярных рефлексов.

Для исследования окуловестибулярных рефлексов проводится двусторонняя калорическая проба. До ее проведения необходимо убедиться в отсутствии перфорации барабанных перепонок. Голову больного поднимают на 30° выше горизонтального уровня. В наружный слуховой проход вводится катетер малых размеров, производится медленное орошение наружного слухового прохода холодной водой (20°С, 100 мл) в течение 10 с. При сохранной функции ствола головного мозга через 20–25 с появляется нистагм или отклонение глаз в сторону медленного компонента нистагма. Отсутствие нистагма или отклонения глазных яблок при калорической пробе, выполненной с двух сторон, свидетельствует об отсутствии окуловестибулярных рефлексов.

3.8. Отсутствие фарингеальных и трахеальных рефлексов, которые определяются путем движения эндотрахеальной трубки в трахее

и верхних дыхательных путях, а также при продвижении катетера в бронхах для аспирации секрета.

3.9. Отсутствие самостоятельного дыхания.

Регистрация отсутствия дыхания не допускается простым отключением от аппарата ИВЛ, так как развивающаяся при этом гипоксия оказывает вредное влияние на организм и прежде всего на мозг и сердце. Отключение больного от аппарата ИВЛ должно производиться с помощью специально разработанного разъединительного теста (тест апноэтической оксигенации). Разъединительный тест проводится после того, как получены результаты по пп. 3.1–3.8. Тест состоит из трех элементов:

а) для мониторинга газового состава крови (p_aO_2 и p_aCO_2)

должна быть канюлирована одна из артерий конечности;

б) перед отсоединением респиратора необходимо в течение 10–15 мин проводить ИВЛ в режиме, обеспечивающем устранение гипоксемии и гиперкапнии – $FiO_2=1$ (т.е. 100% кислород). Подобранный VTet (минутная вентиляция), оптимальный РЕЕР (положительное давление в конце выдоха);

в) после выполнения пп. «а» и «б» аппарат ИВЛ отключают и в эндотрахальную и трахеостомическую трубку подают увлажненный 100% кислород со скоростью 8–10 л в минуту. В это время происходит накопление эндогенной углекислоты, контролируемое путем забора проб артериальной крови. Этапы контроля газов крови следующие: до начала теста в условиях ИВЛ; через 10–15 мин после начала ИВЛ 100% кислородом, сразу после отключения от ИВЛ; далее через каждые 10 мин, пока p_aCO_2 не достигнет 60 мм рт. ст. Если при этих и (или) более высоких значениях p_aCO_2 спонтанные дыхательные движения не восстанавливаются, разъединительный тест свидетельствует об отсутствии функций дыхательного центра ствола головного мозга. При появлении минимальных дыхательных движений ИВЛ немедленно возобновляется.

4. Дополнительные (подтверждающие) тесты к комплексу клинических критериев при установлении диагноза смерти мозга

4.1. Установление отсутствия электрической активности мозга выполняется в соответствии с международными положениями электроэнцефалографического исследования в условиях смерти мозга. Используются игольчатые электроды, не менее 8, расположенные по системе «10–20%» и 2 ушных электрода. Межэлектродное сопротивление должно быть не менее 100 Ом и не более 10 кОм, межэлектродное расстояние – не менее 10 см. Необходимо определение сохранности коммута-

ций и отсутствия непредумышленного или умышленного создания электродных артефактов. Запись проводится на каналах с постоянной времени не менее 0,3 с при усилении не меньше 2 мкВ/мм (верхняя граница полосы пропускания частот не ниже 30 Гц). Используются аппараты, имеющие не менее 8 каналов. ЭЭГ регистрируется при би- и монополярных отведениях. Электрическое молчание коры мозга в этих условиях должно сохраняться не менее 30 мин непрерывной регистрации. При наличии сомнений в электрическом молчании мозга необходима повторная регистрация ЭЭГ. Оценка реактивности ЭЭГ на свет, громкий звук и боль: общее время стимуляции световыми вспышками, звуковыми стимулами и болевыми раздражениями не менее 10 мин. Источник вспышек, подаваемых с частотой от 1 до 30 Гц, должен находиться на расстоянии 20 см от глаз. Интенсивность звуковых раздражителей (щелчков) – 100 дБ. Динамик находится около уха больного. Стимулы максимальной интенсивности генерируются стандартными фото- и фоностимуляторами. Для болевых раздражений применяются сильные уколы кожи иглой. ЭЭГ, зарегистрированная по телефону, не может быть использована для определения электрического молчания мозга.

4.2. Определение отсутствия мозгового кровообращения. Производится контрастная двукратная панангиография четырех магистральных сосудов головы (общие сонные и позвоночные артерии) с интервалом не менее 30 мин. Среднее артериальное давление во время ангиографии должно быть не менее 80 мм рт. ст. Если при ангиографии выявляется, что ни одна из внутримозговых артерий не заполняется контрастным веществом, то это свидетельствует о прекращении мозгового кровообращения.

5. Продолжительность наблюдения

При первичном поражении мозга для установления клинической картины смерти мозга длительность наблюдения должна быть не менее 12 ч с момента первого установления признаков, описанных в пп. 3.1–3.9, при вторичном поражении – наблюдение должно продолжаться не менее 24 ч. При подозрении на интоксикацию длительность наблюдения увеличивается до 72 ч. В течение этих сроков каждые 2 ч производится регистрация результатов неврологических осмотров, выявляющих выпадение функций мозга в соответствии с пп. 3.1–3.8.

При этом следует учитывать, что спинальные рефлексы и автоматизмы могут наблюдаться в условиях продолжающейся ИВЛ. При отсутствии функций больших полушарий и ствола головного мозга и прекращение мозгового кровообращения по данным ангиографии (п. 4.2) смерть мозга констатируется без дальнейшего наблюдения.

6. Установление диагноза смерти мозга и документация

6.1. Диагноз смерти мозга устанавливается комиссией врачей в составе: реаниматолога (анестезиолога) с опытом работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее 5 лет и невропатолога с таким же стажем работы по специальности. Для проведения специальных исследований в состав комиссии включаются специалисты по дополнительным методам исследований с опытом работы по специальности не менее 5 лет, в том числе и приглашаемые из других учреждений на консультативной основе. Назначение состава комиссии и утверждение Протокола установления смерти мозга производится заведующим реанимационным отделением, где находится больной, а во время его отсутствия ответственным дежурным врачом учреждения.

6.2. В комиссию не могут включаться специалисты, принимающие участие в заборе и трансплантации органов.

6.3. Основным документом является Протокол установления смерти мозга, который имеет значение для всех условий, в том числе и для изъятия органов. В Протоколе должны быть указаны данные всех исследований, фамилии, имена и отчества врачей-членов комиссии, их подписи, дата, час регистрации смерти мозга и, следовательно, смерти человека. Форма Протокола прилагается.

6.4. После установления смерти мозга и оформления Протокола реанимационные мероприятия, включая ИВЛ, могут быть прекращены.

6.5. Ответственность за диагноз смерти человека полностью лежит на устанавливающих смерть мозга врачах того лечебного учреждения, где умер больной.

6.6. Настоящая Инструкция не действительна для установления смерти мозга у детей, для которых соответствующая диагностика еще не разработана.

Начальник Управления
медицинской помощи населению
Минздрава России
А.Д. ЦАРЕГОРОДЦЕВ

Согласовано
Директор НИИ неврологии РАМН
чл.-кор. РАМН Н.В. ВЕРЕЩАГИН
Директор НИИ общей реаниматологии
проф. В.Н. СЕМЕНОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

к Приказу Минздрава РФ от 10 августа 1993 г. № 189

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД 5101862
Российской Федерации Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация

_____ Форма № 017-1/у-93

(наименование учреждения)

Утверждена
Приказом Минздрава
Российской Федерации
от 10 августа 1993 г. № 189

ПРОТОКОЛ УСТАНОВЛЕНИЯ СМЕРТИ МОЗГА

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Дата рождения _____ Возраст _____ № истории болезни _____

Диагноз заболевания, приведшего к смерти мозга

Комиссия в составе:

врача-реаниматолога (анестезиолога) _____

врача-невропатолога _____

врачей-специалистов _____

в течение _____ часов обследовала состояние больного

и констатирует, что:

Подписи врачей

**I. ИСКЛЮЧЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ФАКТОРЫ,
ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ УСТАНОВЛЕНИЮ ДИАГНОЗА СМЕРТИ
МОЗГА**

(констатация факторов отмечается словом «исключено»)

Артериальное систолическое давление ниже 90 мм рт. ст.

(указать цифры) _____

Ректальная температура ниже 32°C

(указать цифры) _____

- интоксикации, включая лекарственные _____

- миорелаксанты _____

- наркотизирующие средства _____

- метаболические или эндокринные комы _____

- гиповолемический шок _____

- первичная гипотермия _____

**II. ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ,
УКАЗЫВАЮЩИЕ НА ПРЕКРАЩЕНИЕ ФУНКЦИЙ БОЛЬШИХ
ПОЛУШАРИЙ И СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*(констатация признаков и данных дополнительных тестов
отмечается словом «да»)*

Полное и устойчивое отсутствие сознания (кома) _____

Отсутствие самостоятельного дыхания _____

Отсутствие реакции на сильные болевые раздражения (надавливание на тригеминальные точки, грудину) и любых других рефлексов, замыкающихся выше шейного отдела спинного мозга _____

Атония всех мышц _____

Зрачки не реагируют на свет _____

Диаметр зрачков больше 5 мм _____

Отсутствие корнеальных рефлексов _____

Отсутствие окулоцефалических рефлексов _____

Отсутствие окуловестибулярных рефлексов _____

Отсутствие фарингеальных и трахеальных рефлексов (при движении эндотрахеальной трубки и санации дыхательных путей) _____

Отсутствие самостоятельного дыхания во время раздельного теста (уровень $p_a\text{CO}_2$ должен быть не менее 60 мм рт. ст.) указать _____

а) $p_a\text{CO}_2$ в конце проверки апноэ цифры в _____

б) $p_a\text{O}_2$ в конце проверки апноэ мм рт. ст. _____

III. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ (ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ) ТЕСТЫ

(констатация данных дополнительных тестов отмечается словом «да»)

А. Электроэнцефалограмма

(полное электрическое молчание мозга) _____

Б. Церебральная ангиография

(отсутствие заполнения внутримозговых артерий) _____

IV. КОММЕНТАРИИ

V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассмотрев вышеуказанные результаты и руководствуясь в их трактовке Инструкцией по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга, свидетельствуем о смерти больного (фамилия, имя, отчество) _____

на основании смерти мозга.

Дата _____ (число, месяц, год)

Время смерти _____

Подписи врачей, входящих в комиссию: _____

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ от 10 декабря 1996 г. № 407

О ВВЕДЕНИИ В ПРАКТИКУ ПРАВИЛ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ (Извлечения)

Приложение 2

к Приказу Минздрава РФ
от 10 декабря 1996 г. № 407

Согласовано

с Генеральной Прокуратурой РФ,
Верховным Судом РФ,
Министерством внутренних дел РФ

ПРАВИЛА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ

Раздел первый. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Судебно-медицинское определение тяжести вреда здоровью производят в соответствии с уголовным и уголовно-процессуальным законодательством Российской Федерации и настоящими Правилами.

2. Под вредом здоровью понимают либо телесные повреждения, т.е. нарушение анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций, либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических.

3. Судебно-медицинскую экспертизу тяжести вреда здоровью производят только на основании постановления лица, производящего дознание, следователя, прокурора или по определению суда. При наличии письменного поручения органов прокуратуры, МВД и суда может производиться судебно-медицинское освидетельствование.

4. При судебно-медицинской экспертизе тяжести вреда здоровью составляют заключение эксперта, а при судебно-медицинском осви-

дествствовании – акт судебно-медицинского освидетельствования.

5. Судебно-медицинскую экспертизу вреда здоровью производит судебно-медицинский эксперт путем медицинского обследования потерпевших. При этом обязательно устанавливают личность свидетельствуемого по паспорту или иному заменяющему его документу; предъявленный освидетельствуемым паспорт или заменяющий его документ указывают в заключении эксперта (акте).

6. Производство экспертизы без обследования потерпевшего только по медицинским документам (карте стационарного больного, карте амбулаторного больного и др.) допускается лишь в исключительных случаях при невозможности проведения экспертом обследования потерпевшего и лишь при наличии медицинских документов, содержащих исчерпывающие данные о характере повреждений, их клиническом течении и иные сведения, необходимые для производства экспертизы.

7. Если необходимые медицинские документы эксперту не предоставлены, он заявляет лицу или органу, назначившему экспертизу, ходатайство о представлении соответствующих материалов. В необходимых случаях судебно-медицинский эксперт, помимо непосредственного обследования потерпевших, может направлять их в лечебные учреждения для проведения консультаций, клинического и инструментального обследований.

8. Руководители и врачи лечебно-профилактических учреждений обязаны оказывать судебно-медицинскому эксперту, производящему судебно-медицинскую экспертизу, содействие в проведении консультаций, клинического и инструментального обследований. Полученные при этом данные эксперт отражает в заключении и вправе использовать их при формулировании выводов.

9. При производстве судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью судебно-медицинский эксперт обязан дать ответы на все вопросы, содержащиеся в постановлении (определении суда), за исключением тех, для решения которых эксперт не располагает необходимыми данными.

10. При производстве судебно-медицинского освидетельствования судебно-медицинский эксперт должен выявить и описать имеющиеся повреждения, их характер с медицинской точки зрения (ссадины, кровоподтеки, раны и др.), локализацию и свойства, определить тяжесть причиненного вреда здоровью. Другие вопросы решают только при проведении судебно-медицинской экспертизы.

11. УК Российской Федерации различает тяжкий вред здоровью,

среднюю тяжесть вреда здоровью и легкий вред здоровью. Кроме того, УК РФ предусматривает особые способы причинения повреждений: побои, мучения, истязания, установление которых не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта. Решение этого вопроса относится к компетенции органов дознания, предварительного следствия, прокуратуры и суда.

12. Квалифицирующими признаками тяжести вреда здоровью являются:

- опасность вреда здоровью для жизни человека;
- длительность расстройства здоровья;
- стойкая утрата общей трудоспособности;
- утрата какого-либо органа или утрата органом его функций;
- утрата зрения, речи, слуха;
- полная утрата профессиональной трудоспособности;
- прерывание беременности;
- неизгладимое обезображивание лица;
- психическое расстройство, заболевание наркоманией или токсикоманией.

Для установления тяжести вреда здоровью достаточно наличия одного из квалифицирующих признаков. При наличии нескольких квалифицирующих признаков тяжесть вреда здоровью устанавливается по тому признаку, который соответствует большей тяжести вреда здоровью.

Установление неизгладимого обезображивания лица не входит в компетенцию судебно-медицинского эксперта, так как это понятие не является медицинским.

13. Опасным для жизни является вред здоровью, вызывающий состояние, угрожающее жизни, которое может закончиться смертью. Предотвращение смертельного исхода в результате оказания медицинской помощи не изменяет оценку вреда здоровью как опасного для жизни.

14. Длительность расстройства здоровья определяют по продолжительности временной утраты трудоспособности (временной нетрудоспособности). При экспертизе тяжести вреда здоровью учитывают как временную, так и стойкую утрату трудоспособности.

15. С судебно-медицинской точки зрения стойкой следует считать утрату общей трудоспособности либо при определенном исходе, либо при длительности расстройства здоровья свыше 120 дней.

16. При определении величины стойкой утраты общей трудоспособности судебно-медицинский эксперт руководствуется прилагаемой

таблицей. При определении степени утраты профессиональной трудоспособности эксперт руководствуется специальным Положением *.

17. У детей утрату трудоспособности определяют исходя из общих положений, установленных настоящими Правилами.

18. Длительность временной нетрудоспособности определяют с учетом данных, содержащихся в медицинских документах. Судебно-медицинский эксперт, оценивая характер и продолжительность заболевания или нарушения функций, связанных с причиненным вредом здоровью, должен исходить из объективных медицинских данных, в том числе установленных в процессе проведения экспертизы.

Судебно-медицинский эксперт должен критически оценивать данные медицинских документов, так как длительность лечения потерпевшего может быть необоснована характером травмы. С другой стороны, может иметь место отказ потерпевшего от листка нетрудоспособности и преждевременный выход на работу по личному желанию. Во всех этих случаях судебно-медицинский эксперт должен оценивать продолжительность заболевания и его тяжесть, исходя из объективных данных.

19. Ухудшение состояния здоровья потерпевшего в результате дефектов оказания медицинской помощи по поводу причиненных ему повреждений устанавливают комиссионно с участием соответствующих специалистов и оно не является основанием для увеличения степени тяжести вреда здоровью, вызванного травмой. В подобных случаях судебно-медицинские эксперты обязаны указать в заключении характер наступившего ухудшения или осложнения и в какой причинной связи оно находится с телесным повреждением, а также с дефектами оказания медицинской помощи.

20. Осложнения, возникшие при производстве операций или применении сложных современных методов диагностики, квалифицируются как вред здоровью, если они явились следствием дефектов при указанных врачебных вмешательствах. В этих случаях тяжесть вреда здоровью, обусловленную такими осложнениями, определяют в соответствие с положениями настоящих Правил. Установление дефектов медицинс-

* «Положение о порядке установления врачебно-трудовыми экспертными комиссиями степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах работникам, получившим увечье, профессиональное заболевание либо иное повреждение здоровья, связанное с исполнением ими трудовых обязанностей». Утверждено Постановлением Правительства Российской Федерации от 23.04.94 № 392 (Собрание законодательства Российской Федерации. – 1994. – № 2. – С. 127–133).

ких вмешательств при этом осуществляют комиссионно.

Осложнения операций или примененных сложных методов диагностики при отсутствии дефектов их выполнения, являющиеся следствием других причин (тяжесть состояния больного, непредвиденные особенности реакции больного и др.), не подлежат судебно-медицинской оценке тяжести вреда здоровью.

21. При оценке тяжести вреда здоровью, причиненного лицу, страдающему каким-либо заболеванием, следует учитывать только последствия причиненной травмы. При этом эксперт должен определить влияние травмы на заболевание (обострение заболевания, переход его в более тяжелую форму и т.п.). Этот вопрос целесообразно решать комиссией экспертов с участием соответствующих специалистов клинического профиля.

22. При наличии повреждений, возникших при неоднократных травматических воздействиях, тяжесть вреда здоровью, обусловленную каждым травмирующим воздействием, оценивают отдельно. В случаях, когда множественные повреждения взаимно отягощают друг друга, производят совокупную оценку тяжести вреда здоровью. При разной давности возникновения повреждений оценку тяжести каждого из них производят отдельно.

23. При повреждении части тела с полностью или частично ранее утраченной функцией учитывают только последствия травмы.

24. При повреждении здоровой парной части тела или парного органа оценке подлежат только последствия причиненной травмы, без учета нарушенной функции одноименной парной части тела или одноименного другого парного органа.

25. В случаях наступления смерти судебно-медицинский эксперт вправе произвести оценку тяжести вреда здоровью.

25.1. Вред здоровью оценивают как тяжкий:

- если он сам по себе явился причиной смерти или привел к наступлению смертельного исхода вследствие закономерно развившегося осложнения или осложнений;

- если он имеет хотя бы один признак опасного для жизни вреда здоровью;

- если в медицинских документах зафиксирована клиническая картина угрожающего жизни состояния, являющегося следствием причинения данного вреда здоровью;

- если имеются анатомические признаки потери зрения, речи, слуха, производительной способности, или в медицинских документах имеются сведения об утрате хотя бы одной из этих функций;

- если имеются анатомические признаки, указывающие на значи-

тельную стойкую утрату общей трудоспособности не менее чем на одну треть или на полную утрату профессиональной трудоспособности.

25.2. При отсутствии признаков, перечисленных в п. 25.1 настоящих Правил, вред здоровью оценивают как средней тяжести:

- если смерть наступила в сроки, превышающие 21 день после причинения вреда здоровью (по признаку длительности расстройства здоровья);

- если имеются анатомические признаки значительной стойкой утраты трудоспособности менее одной трети.

25.3. Если смерть потерпевшего наступила ранее 21 дня после получения травмы, то при обнаружении заживших в этот период повреждений их оценивают по признаку кратковременного расстройства здоровья как легкий вред здоровью. Так же оценивают вред здоровью и при наличии анатомических признаков, указывающих на незначительную стойкую утрату трудоспособности. Если к моменту смерти заживление повреждений не наступило, то эксперт в заключении указывает наличие признаков вреда здоровью средней тяжести или легкого вреда здоровью.

25.4. Небольшие немногочисленные повреждения (ссадины, кровоподтеки, небольшие поверхностные раны), не влекущие за собой кратковременного расстройства здоровья или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности, не расцениваются как вред здоровью.

25.5. Если при исследовании трупа и изучении медицинских документов не находят объективных признаков для суждения об исходе причиненного вреда здоровью, то в заключении следует указать, что оценить тяжесть неопасного для жизни вреда здоровью не представляется возможным в связи с наступлением смерти до того, как определился исход вреда здоровью.

26. Тяжесть вреда здоровью не определяют, если:

- диагноз повреждения или заболевания (патологического состояния) потерпевшего достоверно не установлен (клиническая картина носит неясный характер, клиническое и лабораторное обследования проведены недостаточно полно);

- исход неопасного для жизни вреда здоровью не ясен;

- освидетельствуемый отказывается от дополнительного обследования или не явился на повторный осмотр, если это лишает эксперта возможности правильно оценить характер вреда здоровью, его клиническое течение и исход;

- отсутствуют документы, в том числе результаты дополнительных исследований, без которых не представляется возможным судить о характере и тяжести вреда здоровью.

В подобных случаях судебно-медицинский эксперт в своих выводах излагает причины, не позволяющие определить тяжесть вреда здоровью, указывает, какие сведения необходимы ему для решения этого вопроса (медицинские документы, результаты дополнительных исследований и др.), а также определяет срок повторного освидетельствования. Мотивированное объяснение невозможности определения тяжести вреда здоровью не освобождает эксперта от необходимости решения других вопросов, содержащихся в постановлении о производстве экспертизы.

27. Составление каких-либо предварительных выводов, содержащих предположительное суждение о тяжести вреда здоровью, не разрешается.

28. Заключение эксперта, акт судебно-медицинского освидетельствования выдают на руки лицу, назначившему экспертизу, или пересылают по почте.

Раздел второй. ТЯЖКИЙ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ

29. Признаком тяжкого вреда здоровью является опасный для жизни вред здоровью, а при отсутствии этого признака – последствия причинения вреда здоровью:

- потеря зрения, речи, слуха;
- потеря какого-либо органа либо утрата органом его функций;
- неизгладимое обезображивание лица;
- расстройство здоровья, соединенное со стойкой утратой общей трудоспособности не менее чем на одну треть;
- полная утрата профессиональной трудоспособности;
- прерывание беременности;
- психическое расстройство;
- заболевание наркоманией или токсикоманией.

Опасный для жизни вред здоровью

30. Опасным для жизни вредом здоровью могут быть как телесные повреждения, так и заболевания и патологические состояния.

31. Опасными для жизни повреждениями являются:

31.1. повреждения, которые по своему характеру создают угрозу для жизни потерпевшего и могут привести его к смерти;

31.2. повреждения, вызвавшие развитие угрожающего жизни состояния, возникновение которого не имеет случайного характера.

При экспертизе опасных для жизни повреждений с целью решения вопроса о том, являлось ли возникшее у потерпевшего состояние угрожающим его жизни, а также для оценки влияния оказанной ме-

дицинской помощи на состояние потерпевшего может быть проведено на комиссионная экспертиза с участием врача (врачей) соответствующей специальности.

32. К первой группе опасных для жизни повреждений относятся:

32.1. проникающие ранения черепа, в том числе и без повреждения головного мозга;

32.2. открытые и закрытые переломы костей свода и основания черепа, за исключением переломов костей лицевого скелета и изолированной трещины только наружной пластинки свода черепа;

32.3. ушиб головного мозга тяжелой степени; ушиб головного мозга средней степени при наличии симптомов поражения стволового отдела;

32.4. проникающие ранения позвоночника, в том числе и без повреждения спинного мозга;

32.5. переломы-вывихи и переломы тел или двусторонние переломы дуг шейных позвонков, а также односторонние переломы дуг I и II шейных позвонков, в том числе и без нарушения функции спинного мозга;

32.6. вывихи (в том числе подвывихи) шейных позвонков;

32.7. закрытые повреждения шейного отдела спинного мозга;

32.8. перелом или перелом-вывих одного или нескольких грудных или поясничных позвонков с нарушением функции спинного мозга;

32.9. ранения, проникающие в просвет глотки, гортани, трахеи, пищевода, а также повреждения щитовидной и вилочковой железы;

32.10. ранения грудной клетки, проникающие в плевральную полость, полость перикарда или в клетчатку средостения, в том числе и без повреждения внутренних органов;

32.11. ранения живота, проникающие в полость брюшины;

32.12. ранения, проникающие в полость мочевого пузыря или кишечника (за исключением нижней трети прямой кишки);

32.13. открытые ранения органов забрюшинного пространства (почек, надпочечников, поджелудочной железы);

32.14. разрыв внутреннего органа грудной или брюшной полости или полости таза, или забрюшинного пространства, или разрыв диафрагмы, или разрыв предстательной железы, или разрыв мочеочника, или разрыв перепончатой части мочеиспускательного канала;

32.15. двусторонние переломы заднего полукольца таза с разрывом подвздошно-крестцового сочленения и нарушением непрерывности тазового кольца, или двойные переломы тазового кольца в передней и задней части с нарушением его непрерывности;

32.16. открытые переломы длинных трубчатых костей – плечевой, бедренной и большеберцовой, открытые повреждения тазобе-

ренного и коленного суставов;

32.17. повреждение крупного кровеносного сосуда: аорты, сонной (общей, внутренней, наружной), подключичной, плечевой, бедренной, подколенной артерий или сопровождающих их вен;

32.18. термические ожоги III–IV степени с площадью поражения, превышающей 15% поверхности тела; ожоги III степени более 20% поверхности тела; ожоги II степени, превышающие 30% поверхности тела.

33. Ко второй группе опасных для жизни относятся повреждения, если они повлекли за собой угрожающее жизни состояние.

34. Опасными для жизни являются также заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных внешних факторов и закономерно осложняющиеся угрожающим жизни состоянием, или сами представляющие угрозу для жизни человека.

35. К угрожающим жизни состояниям относятся:

35.1. шок тяжелой степени (III–IV степени) различной этиологии;

35.2. кома различной этиологии;

35.3 массивная кровопотеря;

35.4 острая сердечная или сосудистая недостаточность, коллапс, тяжелая степень нарушения мозгового кровообращения;

35.5. острая почечная или острая печеночная недостаточность;

35.6. острая дыхательная недостаточность тяжелой степени;

35.7. гнойно-септические состояния;

35.8. расстройства регионального и органного кровообращения, приводящие к инфаркту внутренних органов, гангрене конечностей, эмболии (газовой и жировой) сосудов головного мозга, тромбозам;

35.9. сочетание угрожающих жизни состояний.

Неопасный для жизни вред здоровью, являющийся тяжким по последствиям

36. Вред здоровью, приводящий к потере зрения, под которой понимают полную стойкую слепоту на оба глаза или такое состояние, когда имеется понижение зрения до остроты зрения 0,04 и ниже (счет пальцев на расстоянии 2 м и до светоощущения).

Потеря зрения на один глаз представляет собой утрату органом его функций и относится к тяжкому вреду здоровью. Потеря одного глазного яблока представляет собой потерю органа. Потеря слепого глаза квалифицируется по длительности расстройства здоровья.

37. Вред здоровью, приводящий к потере речи, под которой понимают потерю способности выражать свои мысли членораздельными звуками, понятными окружающим, либо в результате потери голоса.

38. Вред здоровью, приводящий к потере слуха, под которой пони-

мают полную глухоту или такое необратимое состояние, когда потерпевший не слышит разговорной речи на расстоянии 3–5 см от ушной раковины. Потеря слуха на одно ухо, как утрата органом его функций, относится к тяжкому вреду здоровью. При определении тяжести вреда здоровью по признаку потери зрения или слуха не учитывают возможность улучшения зрения или слуха с помощью медико-технических средств (корректирующие очки, слуховые аппараты и т.п.).

39. Потеря какого-либо органа либо утрата органом его функций, под которыми следует понимать:

39.1. потерю руки, ноги, т.е. отделение их от туловища или утрату ими функций (паралич или иное состояние, исключающее их деятельность).

Потерю наиболее важной в функциональном отношении части конечности (кисти, стопы) приравнивают к потере руки или ноги. Кроме того, потеря кисти или стопы влечет за собой стойкую утрату трудоспособности более одной трети и по этому признаку также относится к тяжкому вреду здоровью;

39.2. повреждения половых органов, сопровождающиеся потерей производительной способности, под которой понимают потерю способности к совокуплению либо потерю способности к оплодотворению, зачатию, вынашиванию и деторождению;

39.3. потерю одного яичка, являющуюся потерей органа.

40. Психическое расстройство, его диагностику и причинную связь с полученным воздействием осуществляет судебно-психиатрическая экспертиза.

Оценку тяжести вреда здоровью, повлекшего за собой психическое расстройство, наркоманию, токсикоманию, производит после проведения судебно-психиатрической, судебно-наркологической и судебно-токсикологической экспертизы судебно-медицинский эксперт с участием психиатра, нарколога, токсиколога. Тяжесть психического заболевания, являющегося самостоятельным проявлением вреда здоровью, определяет судебно-психиатрическая экспертиза.

41. К тяжкому вреду здоровью относят повреждения, заболевания, патологические состояния, повлекшие за собой стойкую утрату общей трудоспособности не менее, чем на одну треть.

42. Прерывание беременности независимо от ее срока является тяжким вредом здоровью, если оно находится в прямой причинной связи с внешним воздействием, а не обусловлено индивидуальными особенностями организма или заболеваниями освидетельствуемой.

Судебно-медицинскую экспертизу в этих случаях производят ко-

миссионно с участием акушера-гинеколога.

43. При повреждениях лица эксперт устанавливает их тяжесть в соответствии с признаками, содержащимися в настоящих Правилах. Кроме того, он должен определить, является ли повреждение изгладимым.

Под изгладимостью повреждения следует понимать возможность исчезновения видимых последствий повреждения или значительное уменьшение их выраженности (т.е. выраженности рубцов, деформаций, нарушений мимики и пр.) с течением времени или под влиянием хирургических средств. Если же для устранения этих последствий требуется косметическая операция, то повреждение считается неизгладимым.

Вред здоровью средней тяжести

44. Признаками вреда здоровью средней тяжести являются:

44.1. отсутствие опасности для жизни;

44.2. отсутствие последствий, указанных в статье 112 УК Российской Федерации и изложенных в разделе втором настоящих Правил;

44.3. длительное расстройство здоровья;

44.4. значительная стойкая утрата общей трудоспособности менее, чем на одну треть.

45. Под длительным расстройством здоровья следует понимать временную утрату трудоспособности продолжительностью свыше 3 нед (более 21 дня).

46. Под значительной стойкой утратой трудоспособности менее чем на одну треть следует понимать стойкую утрату трудоспособности от 10 до 30% включительно.

Легкий вред здоровью

47. Признаками легкого вреда здоровью являются:

47.1. кратковременное расстройство здоровья;

47.2. незначительная стойкая утрата общей трудоспособности.

48. Под кратковременным расстройством здоровья следует понимать временную утрату трудоспособности продолжительностью не свыше 3 нед (21 день).

49. Под незначительной стойкой утратой трудоспособности следует понимать стойкую утрату общей трудоспособности, равную 5%.

Побои, мучения, истязания

50. Побои не составляют особого вида повреждений. Они являются действиями, характеризующимися многократным нанесением ударов. В результате побоев могут возникать телесные повреждения.

Однако побои могут и не оставить после себя никаких объективно выявляемых повреждений. Если в результате многократного нанесения ударов возникает вред здоровью (тяжкий, средней тяжести или легкий), то такие действия не рассматриваются как побои, а оцениваются как причинение вреда здоровью соответствующей тяжести. Если после нанесения ударов у освидетельствуемого обнаруживаются повреждения (ссадины, кровоподтеки, небольшие раны, не влекущие за собой временной утраты трудоспособности или незначительной стойкой утраты общей трудоспособности), их описывают, отмечая характер повреждений, локализацию, признаки, свидетельствующие о свойствах причинившего их предмета, давности и механизме образования. При этом указанные повреждения не расценивают как вред здоровью и тяжесть их не определяют. Если побои не оставляют после себя объективных следов, то судебно-медицинский эксперт в заключении отмечает жалобы освидетельствуемого, в том числе на болезненность при пальпации тех или иных областей тела, отсутствие объективных признаков повреждений и не определяет тяжесть вреда здоровью. В подобных случаях установление факта побоев осуществляют органы дознания, предварительного следствия, прокуратура или суд на основании немедицинских данных.

51. Мучения и истязания представляют собой действия, в результате которых может возникать вред здоровью. Судебно-медицинский эксперт не устанавливает мучений и истязаний. Однако он должен определить:

51.1. тяжесть вреда здоровью, причиненного мучениями, под которыми понимают действия, причиняющие страдания (заболевание) путем длительного лишения пищи, питья или тепла, либо помещения (или оставления) потерпевшего во вредные для здоровья условия, либо другие сходные действия;

51.2. наличие, характер повреждений, их локализацию, орудие и механизмы возникновения повреждений, давность и одновременность их нанесения, тяжесть вреда здоровью в случаях причинения его способом, носящим характер истязания.

Под истязанием понимают причинение физических или психических страданий путем систематического нанесения побоев либо иными насильственными действиями (длительное причинение боли щипанием, сечением, причинением множественных, в том числе небольших повреждений тупыми или острыми предметами, воздействием термических факторов и другие аналогичные действия).

ТАБЛИЦА ПРОЦЕНТОВ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗЛИЧНЫХ ТРАВМ

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспо- собности
Центральная и периферическая нервная система		
1	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы: частые эпилептические припадки (не реже одного раза в неделю), выраженное слабоумие, параличи, нарушение процессов узнавания (агнозия), нарушение целенаправленного действия (апраксия), резкое нарушение речи (афазия), отсутствие координации движений (атаксия), резкие вестибулярные и мозжечковые расстройства	100
2	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы: значительное расстройство объема движений и силы в конечностях, резкое или значительное нарушение координации, значительное расстройство тонуса мышц, значительное ослабление памяти и снижение интеллекта, частые эпилептические припадки (не реже одного раза в месяц)	75
3	Остаточные явления тяжелой черепно-мозговой травмы, повреждения костей свода и основания черепа, эпидуральных и субдуральных гематом, субарахноидальных кровоизлияний, ушиба головного мозга, а также наличие трепанационного дефекта, в том числе и закрытого пластикой: а) органическое поражение нескольких черепно-мозговых нервов, значительное нарушение координации, выраженное повышение тонуса мышц и силы в конечностях, снижение интеллекта, ослабление памяти, эпилептические припадки (4-10 раз в год), наличие трепанационного дефекта площадью не менее 20 см ² ; б) органическое поражение нескольких черепно-мозговых нервов, умеренное нарушение координации, умеренное повышение тонуса мышц и силы в конечностях, нерезко выраженные двигательные расстройства, редкие эпилептические припадки (2-3 раза в год), наличие трепанационного дефекта площадью не менее 10 см ² ;	60 45

	в) органическое поражение нескольких черепно-мозговых нервов, расстройство обоняния, вкуса, легкие нарушения координации, легкое повышение тонуса мышц и силы в конечностях, умеренные двигательные расстройства, умеренные нарушения чувствительности, единичные эпилептические припадки, наличие трепанационного дефекта площадью не менее 4 см²	30
4	Остаточные явления черепно-мозговой травмы, перелома костей свода черепа, ушибы мозга, эпидуральной гематомы, субарахноидального кровоизлияния: а) отдельные очаговые симптомы – неравенство глазных щелей, отклонение языка, нистагм, сглаженность носогубной складки и др., а также трепанационный дефект площадью менее 4 см²; б) вегетативные симптомы – тремор век и пальцев рук, высокие сухожильные рефлексы, вазомоторные нарушения и др.	20
5	Остаточные явления сотрясения головного мозга: а) отдельные объективные признаки – сглаженность носогубной складки, неравенство глазных щелей, отклонение языка и др.; б) вегетативные симптомы, установленные при освидетельствовании, – выраженный тремор век и пальцев рук, высокие сухожильные рефлексы, вазомоторные нарушения (вегетососудистая дистония)	15
	а) отдельные объективные признаки – сглаженность носогубной складки, неравенство глазных щелей, отклонение языка и др.; б) вегетативные симптомы, установленные при освидетельствовании, – выраженный тремор век и пальцев рук, высокие сухожильные рефлексы, вазомоторные нарушения (вегетососудистая дистония)	10
6	Нарушение функции спинного мозга на уровне шейного, грудного или поясничного отделов позвоночника: а) грубые расстройства чувствительности, движений в конечностях (пара- и тетраплегии), резкие нарушения функции тазовых органов, грубые нарушения трофики, нарушения сердечно-сосудистой деятельности и дыхания; б) значительные расстройства чувствительности, движений в конечностях (выраженные монопарезы или умеренно выраженные парапарезы), нерезко выраженная спастичность, нарушения трофики и функции тазовых органов; в) умеренные нарушения чувствительности, сухожильных рефлексов, легкие монопарезы корешкового или спинального характера, нерезко выраженные атрофии мышц и нарушения движений, умеренные нарушения трофики и функции тазовых органов; г) частичное нарушение проводниковой функции спинного мозга с легкими расстройствами чувствительности, сухожильных рефлексов, без нарушений движений в конечностях, а также функции тазовых органов и трофики	100
	б) значительные расстройства чувствительности, движений в конечностях (выраженные монопарезы или умеренно выраженные парапарезы), нерезко выраженная спастичность, нарушения трофики и функции тазовых органов; в) умеренные нарушения чувствительности, сухожильных рефлексов, легкие монопарезы корешкового или спинального характера, нерезко выраженные атрофии мышц и нарушения движений, умеренные нарушения трофики и функции тазовых органов; г) частичное нарушение проводниковой функции спинного мозга с легкими расстройствами чувствительности, сухожильных рефлексов, без нарушений движений в конечностях, а также функции тазовых органов и трофики	60
	г) частичное нарушение проводниковой функции спинного мозга с легкими расстройствами чувствительности, сухожильных рефлексов, без нарушений движений в конечностях, а также функции тазовых органов и трофики	40
	г) частичное нарушение проводниковой функции спинного мозга с легкими расстройствами чувствительности, сухожильных рефлексов, без нарушений движений в конечностях, а также функции тазовых органов и трофики	15

7	Нарушение функции конского хвоста:		
	а) резкие нарушения чувствительности в зоне иннервации соответствующего корешка или группы корешков, выпадение движений, значительное нарушение функции тазовых органов, трофические расстройства (язвы, цианоз, отеки);	40	
	б) значительные расстройства чувствительности, гиперпатия, гипералгезия, выраженный болевой синдром, нарушение рефлекторной дуги (снижение или выпадение рефлексов), грубая атрофия мышц соответственно иннервации области корешков, умеренные вегетативные расстройства (похолодание конечностей), умеренные нарушения функции тазовых органов;	20	
	в) легкие расстройства чувствительности без нарушения рефлексов и движений в конечностях, без нарушения трофики и функции тазовых органов (болевой синдром)	5	
8	Травматический радикулит различной локализации (в результате прямой травмы позвоночника)	5	
9	Нарушение функции тройничного, лицевого и подъязычного нервов (при периферических повреждениях):		
	а) легкая степень – умеренные нарушения функции;	—	
	б) средняя степень – значительные нарушения функции;	15	
	в) сильная степень – резкие нарушения функции	25	
10	Нарушение функции шейного и плечевого сплетений и их нервов:	Пр.	Лев.
	а) легкое нарушение чувствительности и рефлексов без двигательных расстройств, атрофий, парезов, контрактур;	5	5
	б) легкое выпадение движений, снижение силы, чувствительности, нерезко выраженная атрофия мышц;	15	10
	в) значительное выпадение движений, значительное снижение силы и расстройство чувствительности, значительная атрофия мышц;	25	20
	г) резкие нарушения движений, чувствительности, нарушения трофики, трофические язвы	40	30
11	Нарушение функции поясничного и крестцового сплетений и их нервов:		
	а) легкие нарушения чувствительности и рефлексов без двигательных расстройств, атрофий, парезов, контрактур;	5	
	б) легкое выпадение движений, снижение силы, чувствительности, нерезко выраженная атрофия мышц;	10	
	в) значительное выпадение движений, значительное снижение силы, расстройство чувствительности, значительная атрофия мышц;	25	
	г) резкие нарушения движений, чувствительности, трофики, трофические язвы	40	

Органы зрения		
12	Паралич аккомодации:	
	а) одного глаза	15
	б) обоих глаз	30
13	Одноименная гемианопсия	30
14	Концентрическое сужение поля зрения:	
	каждом глазу до 60°	10
	до 30°	20
	до 5°	30
15	Опущение века (птоз) и другие параличи глазных мышц, дефект век, мешающий закрытию глазной щели, а также сращение век:	
	одного глаза	
	в средней степени (веко закрывает верхнюю половину зрачка)	10
	в сильной степени (веко закрывает зрачок полностью)	20
	обоих глаз	
	в средней степени (веки закрывают верхние половины зрачков)	25
	в сильной степени (веки закрывают зрачки полностью)	50
16	Пульсирующий экзофтальм:	
	1) одного глаза	
	а) легкая степень – умеренно выраженный	20
	б) средняя степень – значительно выраженный	30
	в) сильная степень – резко выраженный	40
	2) обоих глаз:	
	а) легкая степень – умеренно выраженный	35
	б) средняя степень – значительно выраженный	60
	в) сильная степень – резко выраженный	85
17	Конъюнктивит (кератит), установленный при освидетельствовании:	
	а) одного глаза	5
	б) обоих глаз	10
18	Иридоциклит или хориоретинит:	
	а) одного глаза	10
	б) обоих глаз	20
19	Нарушение функции слезопроводящих путей:	
	а) рубцовая непроходимость слезных каналов или слезноносового канала	10
	б) травматический дакриоцистит	20
20	Полная потеря зрения:	
	а) единственного глаза, обладавшего зрением	65
	б) обоих глаз, обладавших зрением	100
21	Удаление в результате травмы глазного яблока, не обладавшего зрением	—
22	Последствия перелома орбиты:	
	а) без повреждения мышц и смещения глазного яблока	10
	б) с повреждением мышц и смещением глазного яблока	20
23	Снижение остроты зрения каждого глаза в результате прямой травмы (см. таблицу)	

Острота зрения		Процент постоянной утраты общей трудоспособности	Острота зрения		Процент постоянной утраты общей трудоспособности
до травмы	после травмы		до травмы	после травмы	
1,0	0,9	4	0,6	0,5	4
	0,8	5		0,4	5
	0,7	5		0,3	5
	0,6	5		0,2	10
	0,5	10		0,1	15
	0,4	10		ниже 0,1	20
	0,3	15		0,0	25
	0,2	20			
	0,1	25	0,5	0,4	4
	ниже 0,1	30		0,3	5
0,9	0,0	35		0,2	5
				0,1	10
	0,8	4		ниже 0,1	15
	0,7	5		0,0	20
	0,6	5	0,4		
	0,5	10		0,3	4
	0,4	10		0,2	5
	0,3	15		0,1	10
	0,2	20		ниже 0,1	15
	0,1	25		0,0	20
0,8	ниже 0,1	30	0,3		
	0,0	35		0,2	4
				0,1	5
	0,7	4		ниже 0,1	10
	0,6	5	0,2	0,0	15
	0,5	10			
	0,4	10		0,1	4
	0,3	15		ниже 0,1	10
	0,2	20		0,0	15
	0,1	25	0,1		
	ниже 0,1	30		ниже 0,1	5
0,7	0,0	35		0,0	10
			ниже 0,1		
	0,6	4		0,0	10
	0,5	5	Примечание. К полной слепоте (0,0) приравнивается острота зрения ниже 0,001 м до светоощущения (счет пальцев у лица).		
	0,4	10			
	0,3	10			
	0,2	15			
	0,1	20			
	ниже 0,1	25			
	0,0	30			

№ п/п	Последствия различных травм	Процент стойкой утраты трудоспо- собности
Органы слуха		
24	Посттравматическое гнойное воспаление среднего уха (типа мезотимпанита)	10
25	Посттравматический эпитимпанит или эпитимпанит, осложненный холестеатомой, грануляциями	20
26	Объективные нарушения вестибулярной функции в результате травмы:	
	а) легкая степень – неуверенность походки, головокружение при поворотах головы и наклонах туловища;	10
	б) средняя степень – бледность, приступы головокружения с тошнотой, рвотой (не реже шести раз в год), неуверенность походки;	30
	в) сильная степень – многократные, продолжительные приступы головокружения с выраженными вегетативными реакциями, неуверенность походки	50
27	Отсутствие двух ушных раковин	25
28	Понижение слуха одного уха:	
	а) шепотная речь на расстоянии не более 1 м, разговорная – от 1 до 3 м, понижение слуха на 30–50 дБ на частотах 500, 1000, 2000, 4000 Гц;	5
	б) шепотная речь – 0, разговорная речь до 1 м, понижение слуха на 60–80 дБ на частотах 500, 1000, 2000, 4000 Гц;	15
	в) полная глухота – шепотная и разговорная речь – 0	25
Дыхательная система		
29	Отсутствие носа (костей, хряща и мягких тканей)	30
30	Отсутствие мягких частей носа (крыльев и кончика)	15
31	Нарушение носового дыхания:	
	а) средняя степень – значительное одностороннее, умеренное двустороннее;	10
	б) сильная степень – резкое одностороннее, значительное двустороннее;	15
	в) полное двустороннее – резкая деформация носа, гнусавость	30
32	Нарушение функции гортани или трахеи в результате их повреждения:	
	а) легкая степень – осиплость голоса при физической нагрузке;	10
	б) средняя степень – дисфония, нарушение дыхания (одышка) в покое;	35
	в) сильная степень – постоянное ношение трахеостомической трубки, афония (потеря голоса)	60

33	Остаточные явления после травматического плеврита, пневмонии, гемоторакса, пневмоторакса, повреждения легкого и т.д., сопровождающиеся уменьшением дыхательной поверхности легкого, ателектазом, нагноительными процессами с развитием легочной недостаточности:	
	а) легкая степень – одышка при физической нагрузке, сердцебиение, боли в груди;	15
	б) средняя степень – одышка при незначительной физической нагрузке, синюшность лица, слабость, снижение артериального давления, увеличение печени, пульсация подложечной области;	25
	в) сильная степень – одышка в покое, резкая одышка при незначительной физической нагрузке, синюшность, застойные явления в легких, мраморность кожи, расширенная сеть венозных сосудов	40
34	Удаление части легкого	40
35	Удаление легкого	60
36	Деформация грудной клетки, явившаяся результатом травмы:	
	а) умеренное ограничение подвижности при акте дыхания;	15
	б) значительное ограничение подвижности при акте дыхания;	30
	в) резкое ограничение подвижности при акте дыхания	40
37	Деформация грудины в результате перелома ее:	
	а) умеренная – без нарушения функции органов средостения и акта дыхания;	10
	б) значительная – с ограничением подвижности грудной клетки при акте дыхания;	20
	в) резкая – с нарушением функции органов средостения	35
	Сердечно-сосудистая система	
38	Сердечно-сосудистая недостаточность вследствие ранения сердца, его оболочек или крупных магистральных сосудов:	
	а) I степени – учащение пульса, одышка после физической нагрузки, увеличение размеров сердца, отеки;	30
	б) II степени – значительная одышка, застойные явления в легких и печени, постоянные отеки, асцит, набухание вен шеи;	60
	в) III степени – нарушение ритма дыхания, застойные явления в легких, выпот в полости плевры, кровохарканье, выпот в сердечной сорочке, асцит, цирроз печени и др.	90
39	Нарушение кровообращения вследствие повреждения крупных периферических сосудов:	
	а) легкая степень – умеренная отечность, снижение пульсации;	10
	б) средняя степень – значительная отечность, синюшность, резкое ослабление пульсации;	15
	в) сильная степень – резкая отечность, синюшность, лимфостаз, трофические нарушения (язвы)	20

Органы пищеварения		
40	Нарушение акта жевания в результате перелома скуловой кости, верхней или нижней челюсти, а также вывиха нижней челюсти:	
	а) легкая степень – умеренное нарушение прикуса и акта жевания;	10
	б) средняя степень – значительное нарушение прикуса и акта жевания;	15
	в) сильная степень – резкое нарушение прикуса и открывания рта, деформация челюсти	20
41	Отсутствие части верхней или нижней челюсти	40
42	Отсутствие челюсти	80
Примечание. Проценты постоянной утраты общей трудоспособности, указанные в пп. 41–42, учитывают потерю зубов (независимо от их числа).		
43	Отсутствие языка:	
	а) на уровне дистальной трети	15
	б) на уровне средней трети	35
	в) полное	70
44	Потеря постоянных зубов:	
	1 зуба	–
	2–3 зубов	–
	4–6 зубов	–
	7–10 зубов	–
	11 и более зубов	–
Примечание. 1. Перелом зуба в результате травмы приравнивается к его потере. 2. При потере зубов в результате перелома челюсти процент утраты трудоспособности определяется по пп. 40 или 44 путем суммирования.		
45	Сужение рта, образование слонной фистулы:	
	а) легкая степень	10
	б) средняя степень	20
	в) сильная степень	30
46	Сужение пищевода или глотки в результате ожога или ранения:	
	а) умеренное – затрудненное при прохождении твердой пищи;	25
	б) значительное – затруднение при прохождении мягкой пищи;	40
	в) резкое – затруднение при прохождении жидкой пищи;	70
	г) непроходимость (гастростомы)	90

47	Нарушение функции желудочно-кишечного тракта: а) диспептические расстройства, гастрит, панкреатит, энтерит, колит; б) спаечная болезнь, спаечная непроходимость (состояние после операции по поводу спаечной непроходимости); в) кишечный свищ; г) противоестественный задний проход	15 30 50 75
48	Повреждение печени в результате травмы или удаление желчного пузыря, гепатит, развившийся в результате острого отравления	20
49	Удаление части печени в результате травмы	35
50	Удаление селезенки в результате травмы	30
51	Удаление желудка в результате травмы	80
52	Удаление части желудка, поджелудочной железы или кишечника	30
Мочеполовая система		
53	Удаление почки	50
54	Нарушение функции мочевыделительной системы: а) цистит, уретрит, пиелостит, умеренное сужение мочеточника, мочеиспускательного канала, ушивание стенки мочевого пузыря; б) значительное сужение мочеточника, мочеиспускательного канала, уменьшение объема мочевого пузыря, удаление части почки; в) мочеполовые свищи, непроходимость мочеточника, мочеиспускательного канала	10 25 40
55	Последствия повреждений органов половой системы с учетом тяжести повреждения	15, 30, 50
Мягкие ткани		
56	Рубцы в результате ожогов, отморожений или ранений, расположенные на лице или переднебоковой поверхности шеи: а) сильная степень	25
Примечание. Область лица имеет условные границы: верхняя – край волосистого покрова головы; боковая – передний край основания ушной раковины, задний край – ветви нижней челюсти; нижняя – угол и нижний край тела нижней челюсти.		
57	Наличие на туловище и конечностях рубцов, образовавшихся в результате различных травм: а) площадью 1–2% б) площадью 3–4%	10 15

	в) площадью 5–10%	25	
	г) площадью более 10%	35	
	Примечание. 1. 1% поверхности тела равен площади ладонной поверхности кисти и пальцев исследуемого. 2. При нарушении функции, вызванном наличием рубцов, п. 57 не применяется. В этих случаях следует применять соответствующие таблицы с учетом степени функциональных нарушений. 3. При определении площади рубцов следует учитывать рубцы, образовавшиеся на месте взятия кожного аутотрансплантата для замещения дефекта пораженного участка кожи.		
	Опорно-двигательный аппарат Позвоночник		
58	Нарушение функции позвоночника в результате травмы любого его отдела (за исключением копчика):		
	а) легкая степень – умеренное ограничение подвижности без деформации с умеренно выраженным болевым синдромом;	15	
	б) средняя степень – значительное ограничение подвижности, умеренная деформация, болевой синдром;	30	
	в) сильная степень – резкое ограничение подвижности, значительная деформация, болевой синдром	50	
59	Удаление копчика или части его в результате травмы	20	
	Верхняя конечность Лопатка и ключица		
60	Нарушение функции плечевого пояса в результате перелома лопатки, ключицы, разрыва ключично-акромиального или грудинно-ключичного сочленений:		
	а) легкая степень – умеренная деформация, гипотрофия мышц, снижение силы конечности, умеренное ограничение движений в плечевом суставе;	10	10
	б) средняя степень – значительная деформация, гипотрофия, значительное ограничение движений в плечевом суставе;	20	15
	в) сильная степень – резкая деформация, резкая атрофия мышц плечевого пояса, резкое ограничение движений в плечевом суставе	25	20
	Плечевой сустав		
61	Анкилоз (неподвижность) плечевого сустава	40	30
62	Болтающийся плечевой сустав в результате резекции части плечевой кости или лопатки в связи с травмой	60	50
63	Ограничение движений в плечевом суставе (контрактура):		

	а) легкая степень – умеренно выраженная контрактура: отведение руки кпереди (сгибание) – 170–120° отведение руки кзади (разгибание) – 60–40° отведение руки в сторону – 150–120°;	10	10
	б) средняя степень – значительно выраженная контрактура: отведение руки кпереди (сгибание) – 115–75° отведение руки кзади (разгибание) – 35–30° отведение руки в сторону – 115–75°;	20	15
	в) сильная степень – резко выраженная контрактура: отведение руки кпереди (сгибание) – меньше 75° отведение руки кзади (разгибание) – меньше 30° отведение руки в сторону – меньше 75°	30	25
	Примечание. Объем движений в плечевом суставе в норме: отведение руки кпереди (сгибание) – 180°; отведение руки кзади (разгибание) – 60–70°; отведение руки в сторону – 180°. Ротация: внутренняя – 90°; наружная – 50°.		
64	Привычный вывих плеча	20	15
	Примечание. При вывихе плеча, повлекшем за собой нарушение функции плечевого сустава, процент постоянной утраты общей трудоспособности определяется по п. 63.		
	Плечо		
65	Отсутствие верхней конечности и лопатки (или части ее)	80	75
66	Отсутствие верхней конечности после экзартикуляции в плечевом суставе или культи на уровне верхней трети плеча	75	70
67	Культи плеча на уровне средней или нижней трети	70	65
68	Ложный сустав или несросшийся перелом плечевой кости (см. п. 41)	40	35
	Локтевой сустав		
69	Болтающийся локтевой сустав в результате резекции костей, составляющих его	50	40
70	Анкилоз (неподвижность) локтевого сустава: а) в функционально выгодном положении (угол от 60 до 90°); б) в функционально невыгодном положении (угол меньше 60° или больше 90°)	35	30
71	Ограничение движения в локтевом суставе (контрактура): а) легкая степень – умеренно выраженная контрактура: сгибание – 50–60° разгибание – 175–160°;	40	35
		10	10

	б) средняя степень – значительно выраженная контрактура: сгибание – 65–90° разгибание – 155–140°;	20	15
	в) сильная степень – резко выраженная контрактура: сгибание – меньше 90° разгибание – меньше 140°	30	25
	Примечание. Объем движений в локтевом суставе в норме: сгибание – 30–40°; разгибание – 180°; ротация – 180°.		
	Предплечье		
72	Отсутствие предплечья в результате экзартикуляции в локтевом суставе или культи на уровне верхней трети его	70	65
73	Культи предплечья на уровне средней или нижней трети	65	60
74	Ложный сустав, несросшийся перелом а) одной кости предплечья; б) обеих костей предплечья	25 40	20 35
	Примечание. При несросшемся переломе одной кости предплечья и сросшемся переломе второй постоянная утрата общей трудоспособности определяется по п. 74.		
75	Нарушение функции предплечья: а) легкая степень – умеренное нарушение пронации и супинации (до 60°) без ограничения движений в локтевом и лучезапястном суставах, гипотрофия мышц; б) средняя степень – значительное нарушение пронации и супинации (до 45°), умеренная деформация, умеренное ограничение движений в локтевом, лучезапястном суставах; в) сильная степень – резкое нарушение пронации и супинации (до 30°), значительная деформация, значительное ограничение движений в локтевом, лучезапястном суставах	10 15 25	10 15 20
	Лучезапястный сустав		
76	Анкилоз лучезапястного сустава: а) в функционально выгодном положении б) в функционально невыгодном положении	30 40	25 35
77	Ограничение движений в лучезапястном суставе (контрактура): а) легкая степень – умеренно выраженная контрактура	10	10

	сгибание – 140–160° разгибание – 145–150° б) средняя степень – значительно выраженная контрактура сгибание – 155–160° разгибание – 155–160° в) сильная степень – резко выраженная контрактура сгибание – меньше 160° разгибание – меньше 160°	15	15
	в) сильная степень – резко выраженная контрактура сгибание – меньше 160° разгибание – меньше 160°	25	20
	Примечание. Объем движений в лучезапястном суставе в норме: сгибание – 110–115°, разгибание – 135–140°.		
	Кисть		
	Запястье, пястье		
78	Отсутствие кисти на уровне запястья или пястных костей	65	60
79	Ложные суставы или несросшиеся переломы костей запястья или пястных костей (см. 41)	15	10
80	Нарушение функций кисти в результате травмы запястья, пястья (деформация, снижение мышечной силы, нарушение хватательной способности): а) легкая степень – умеренно выраженное б) средняя степень – значительно выраженное в) сильная степень – резко выраженное	10 15 20	5 10 15
	Пальцы кисти		
	Первый (большой палец)		
81	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее деформацию	5	5
82	Культа на уровне: а) ногтевой фаланги б) межфалангового сустава в) основной фаланги	10 15 20	10 15 15
83	Отсутствие пальца	25	20
84	Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее	30	25
85	Анкилоз (неподвижность) межфалангового сустава: а) в функционально выгодном (полусогнутом) положении пальца б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца	10 15	10 10
86	Анкилоз (неподвижность) двух суставов: а) в функционально выгодном (полусогнутом) положении пальца	15	10

87	б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца	20	15
	Анкилоз (неподвижность) запястно-пястного сустава и двух суставов пальца:		
88	а) в функционально выгодном (полусогнутом) положении пальца	20	15
	б) в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении пальца	25	20
89	Нарушение функции пальца вследствие контрактуры:		
	а) умеренно выраженной или тугоподвижности	10	10
	б) значительно выраженной в функционально выгодном (полусогнутом) положении	15	10
	в) резко выраженной в функционально невыгодном (выпрямленном или согнутом) положении	20	15
Второй (указательный) палец			
89	Значительные дефекты мягких тканей ногтевой фаланги, вызвавшие ее деформацию, а также культи на уровне дистальной половины ногтевой фаланги	5	5
90	Культи на уровне:		
	а) проксимальной половины ногтевой фаланги или второго (дистального) межфалангового сустава	10	10
	б) средней фаланги или первого (проксимального) межфалангового сустава	15	10
	в) основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца)	20	15
91	Отсутствие пальца с пястной костью или частью ее	25	20
92	Нарушение функции пальца:		
	а) умеренно выраженная контрактура или тугоподвижность суставов или сустава пальца, а также анкилоз второго (дистального) межфалангового сустава	10	5
	б) контрактура пальца в функционально выгодном (полусогнутом) положении, а также анкилоз первого (проксимального) или пястно-фалангового сустава	15	10
	в) контрактура пальца в функционально невыгодном (согнутом или выпрямленном) положении, а также анкилоз двух или трех суставов	20	15
Третий (средний), четвертый (безымянный) или пятый (мизинец) пальцы			
93	Культи на уровне:		
	а) ногтевой фаланги или второго (дистального) межфалангового сустава;	5	5
	б) средней фаланги или первого (проксимального) межфалангового сустава;	10	10
	в) основной фаланги или пястно-фалангового сустава (отсутствие пальца)	15	10

94	Отсутствие пальца с пястной костью или часть ее	15	15
95	Нарушение функции пальца: а) умеренно выраженная контрактура или туго-подвижность суставов или сустава пальца, а также анкилоз второго (дистального) межфалангового сустава; б) контрактура пальца – в функционально выгодном (полусогнутом) положении, а также анкилоз первого (проксимального) или пястно-фалангового сустава; в) контрактура пальца – в функционально невыгодном (согнутом или выпрямленном) положении, а также анкилоз двух или трех суставов	5 10 15	5 10 15
Таз			
96	Нарушение функции таза в результате перелома костей, разрыва лонного или крестцово-подвздошного сочленений: а) легкая степень – умеренное нарушение статики б) средняя степень – значительное нарушение статики, ограничение движений в тазобедренном суставе в) сильная степень – значительное нарушение статики, ограничение движений в обоих тазобедренных суставах	20 30 50	
Нижняя конечность			
Тазобедренный сустав			
97	Анкилоз (неподвижность) тазобедренного сустава: а) в функционально выгодном (разогнутом) положении б) в функционально невыгодном (согнутом) положении	45 60	
98	Ограничение движений в тазобедренном суставе (контрактура): а) легкая степень – умеренно выраженная контрактура сгибание – 80° разгибание – 50° отведение – 55–40° б) средняя степень – значительно выраженная контрактура сгибание – 75–60° разгибание – 45–35° отведение – 35–30° в) сильная степень – резко выраженная контрактура сгибание – меньше 60° разгибание – меньше 35° отведение – меньше 30°	15 25 35	
Примечание. Объем движений в тазобедренном суставе в норме: сгибание – 90–100°; разгибание – 60–70°; отведение – 60°.			

Бедро		
99	Отсутствие нижней конечности в результате экзартикуляции в тазобедренном суставе или культя бедра на уровне верхней трети	70
100	Культя бедра на уровне средней или нижней трети	60
101	Ложный сустав или несросшийся перелом бедра (см. п. 41)	55
102	Нарушение функции конечности в результате травмы бедра:	
	а) умеренное нарушение статики, незначительная деформация, умеренное ограничение движений в тазобедренном или коленном суставах;	15
	б) значительное нарушение статики, выраженная деформация, умеренное ограничение движений в тазобедренном и коленном суставах или значительное ограничение движений в одном из этих суставов;	30
	в) резкое нарушение статики, деформация, значительное ограничение движений в тазобедренном и коленном суставах или резкое ограничение движений в одном из этих суставов	45
Коленный сустав		
103	Болтающийся коленный сустав	45
104	Анкилоз (неподвижность) сустава:	
	а) в функционально выгодном (разогнутом) положении	35
	б) в функционально невыгодном (согнутом) положении	50
105	Избыточная (патологическая) подвижность в суставе в результате разрыва связочного аппарата	10
106	Ограничение движений в коленном суставе (контрактура):	
	а) легкая степень – умеренно выраженная контрактура	10
	сгибание – 80–85°	
	разгибание – 170–175°	
	б) средняя степень – значительно выраженная контрактура	20
	сгибание – 90–100°	
	разгибание – 165–150°	
	в) сильная степень – резко выраженная контрактура	30
	сгибание – меньше 100°	
	разгибание – меньше 150°	
Примечание. Объем движений в коленном суставе в норме: сгибание – 30–40°, разгибание – 180°.		

Голень		
107	Отсутствие голени в результате экзартикуляции в коленном суставе или культи на уровне верхней трети голени	60
108	Культи на уровне средней или нижней трети голени	50
109	Ложный сустав или несросшийся перелом костей голени (см. п. 41);	
	а) обеих костей	45
	б) большеберцовой кости	35
	в) малоберцовой кости	10
Примечание. При несросшемся переломе одной кости голени и сросшемся переломе второй кости постоянная утрата общей трудоспособности определяется по п. 109.		
110	Нарушение функции голени:	
	а) легкая степень – умеренное нарушение статики, болевой синдром, незначительная деформация (укорочение на 1–2 см), умеренное ограничение движений в коленном или голеностопном суставах;	15
	б) средняя степень – значительное нарушение статики, болевой синдром, отечность, деформация, умеренное ограничение движений в коленном и голеностопном суставах или значительное ограничение движений в одном из этих суставов;	25
	в) сильная степень – резкое нарушение статики, болевой синдром, отечность, значительное ограничение движений в коленном и голеностопном суставах или резкое ограничение движений в одном из этих суставов, выраженная деформация	40
Голеностопный сустав		
111	Болтающийся голеностопный сустав	35
112	Анкилоз (неподвижность голеностопного сустава):	
	а) в функционально выгодном положении (под углом 90–95°)	25
	б) в функционально невыгодном (каком-либо ином) положении	35
113	Ограничение движений в голеностопном суставе (контрактура):	
	а) легкая степень – умеренно выраженная контрактура	10
	б) средняя степень – значительно выраженная контрактура	15
	в) сильная степень – резко выраженная контрактура	20

114	Внутрисуставной перелом костей голеностопного сустава, разрыв связок, вывих стопы без нарушения функции сустава на день освидетельствования	—
Стопа		
115	Отсутствие стопы в результате экзартикуляции в голеностопном суставе или ампутации на уровне предплюсны, пяточной или таранной кости	40
116	Отсутствие дистального отдела стопы в результате ампутации на уровне плюсневых костей	30
117	Нарушение функции стопы в результате перелома таранной или пяточной кости, подтаранного вывиха стопы:	
	а) легкая степень – умеренное нарушение статики, отечность, болевой синдром;	10
	б) средняя степень – значительное нарушение статики, выраженный болевой синдром, деформация, умеренное ограничение движений в голеностопном суставе;	15
	в) сильная степень – резкое нарушение статики, выраженный болевой синдром, значительная деформация, значительное ограничение движений в голеностопном суставе	25
118	Нарушение функции стопы в результате ее травмы (перелома костей, вывиха, ранения, ожога, отморожения):	
	а) легкая степень – умеренно выраженное нарушение статики, незначительная деформация, болевой синдром;	10
	б) средняя степень – значительно выраженное нарушение статики, выраженная деформация, болевой синдром;	15
	в) сильная степень – резкое нарушение статики, значительная деформация, стойкий болевой синдром, в том числе ложный сустав или несросшийся перелом одной или нескольких костей	20
Пальцы стопы		
119	Отсутствие всех пальцев стопы в результате экзартикуляции в плюснефаланговых суставах или ампутации на уровне основных фаланг	25
120	Отсутствие первого пальца с плюсневой костью или частью ее	15
121	Отсутствие первого пальца в результате экзартикуляции в плюснефаланговом суставе или культи на уровне основной фаланги	10

122	Нарушение функции первого пальца в результате травмы или отсутствие ногтевой фаланги	5
123	Отсутствие какого-либо пальца стопы в результате экзартикуляции в плюснефаланговом суставе или культи на уровне основной фаланги (кроме первого)	5
124	Отсутствие пальца с плюсневой костью или частью ее (кроме первого)	10
125	Нарушение функции пальцев или отсутствие одной-двух фаланг (кроме первого): одного-двух пальцев трех-четырех пальцев	5 10
Примечание. Если в результате перелома двух пальцев стопы (кроме первого) функция одного из них оказалась нарушенной, постоянная утрата общей трудоспособности определяется в размере 5% по п. 125.		
126	Посттравматические тромбоз, лимфостаз, нарушение трофики: а) легкая степень б) средняя степень в) сильная степень	5 10 15
127	Травматический остеомиелит, функционирующие свищи, нагноительные процессы	10

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению Минздрава
Российской Федерации
А.А. КАРПЕЕВ

Главный судебно-медицинский
эксперт Минздрава
Российской Федерации
В.В. ТОМИЛИН

Нормативное производственно-практическое издание

Правовые основы здравоохранения в России

Под редакцией Ю.Л. Шевченко

Зав. редакцией

В.М. Дорончук

Зам. зав. редакцией

О.В. Кириллова

Редактор

О.П. Зубарева

Корректор

Д.Н. Дорончук

Подготовка оригинал-макета

М.В. Милков

Техническая группа

З.С. Люманова, Е.М. Немирова

ЛР № 064871 от 15.12.96

Подписано в печать 23.02.2000. Формат 60/90 ¹/₁₆.

Бумага офсетная. Печать офсетная.

Объем 13,25 печ. л. Тираж 1000 экз. Заказ 89

Издательство «ГЭОТАР МЕДИЦИНА»

119828, Москва, ул. Малая Пироговская, 1а

Отпечатано с готового оригинал-макета

в ООО «Информполиграф»