



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КАФЕДРА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ**

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ**

Часть 1

КРАСНОДАР - 2016

УДК 614.25:340.6(075.8)

ББК 5.58

О - 75

Составители:

Канд. мед. наук, доцент **Л.И. Ломакина**,
Доктор мед. наук, профессор **В.А. Породенко**,
Канд. мед. наук, доцент **Е.Н. Травенко**,
Канд. мед. наук, доцент **Е.И. Быстрова**,
Ассистент **А.В. Ильина**.

Под общей редакцией Заслуженного врача РФ, академика РАЕ, доктора медицинских наук профессора В.А. Породенко.

Рецензенты:

Л.А. Эртель, доктор медицинских наук, профессор кафедры экономики и управления в социальной сфере ИЭи У МиСС.
В.Т. Корхмазов, кандидат медицинских наук, доцент кафедры криминалистики и правовой информатики ФГБОУ ВПО КубГУ МО РФ.

Правовые основы деятельности врача. Учебное пособие. Часть 1 [Текст]: /сост. Л.И. Ломакина, В.А. Породенко, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина. Под ред. профессора В.А. Породенко. Кубанский государственный медицинский университет - Краснодар: КубГМУ, 2016. –202 с.

Учебное пособие подготовлено в соответствии с требованиями Федерального Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования третьего поколения по специальности 060105 «Медико-профилактическое дело» и содержат основные информационные материалы, необходимые для формирования профессиональных компетенций врача санитарного профиля.

Данное издание предназначено для студентов медико-профилактического факультета в качестве пособия при изучении дисциплины «Правовые основы деятельности врача», которая относится к профессиональному циклу дисциплин С.1 базовой части специальности 060105. Пособие может быть использовано студентами всех факультетов медицинских вузов, так как содержит информацию по законодательному регулированию медицинской деятельности по новым нормативам ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 1 ноября 2011 г. и другим современным законодательным актам. Сведения, изложенные в пособии, необходимы для решения медико-правовых и деонтологических вопросов профессиональной медицинской деятельности и могут быть полезны специалистам здравоохранения, как в практическом аспекте, так и в плане повышения квалификации.

Рекомендовано к изданию ЦМС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, протокол № 3 от «10» ноября 2015 г.

Содержание

Предисловие	4
Введение	6
Медицинское право – главная составляющая профессиональной деятельности врача	8
Основные принципы охраны здоровья. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи	28
Права пациентов и юридические основы их обеспечения. Реализация прав пациентов в системе прав человека на охрану здоровья и медицинскую помощь	49
Организация охраны здоровья в Российской Федерации	79
Правовые вопросы профилактики инфекционных заболеваний	110
Правовые и медико-социальные аспекты формирования здорового образа жизни	142
Правовое обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения	178

Предисловие

Цель подготовки данного пособия - способствовать формированию профессиональных компетенций специалиста здравоохранения медико-профилактического профиля, относящихся к решению правовых вопросов, связанных с профессиональной медицинской деятельностью.

Пособие содержит основные информационные материалы, по программе дисциплины «Правовые основы деятельности врача», разработанной в соответствии с требованиями ФГОС-3 ВПО по направлению подготовки (специальности) 060105 «Медико-профилактическое дело». Данная дисциплина относится к профессиональному циклу дисциплин С. 1, базовой части специальности 060105. Общая трудоемкость дисциплины – 3,75 зачетных единиц, всего часов - 135 (Лекций – 27 час., семинарских занятий – 63 час.)

К исходным требованиям, необходимым для изучения дисциплины «Правовые основы деятельности врача» относят базовые знания, умения и виды деятельности, сформированные в процессе изучения дисциплин «Правоведение» и «Биоэтика».

Задачами преподавания курса «Правовые основы деятельности врача» являются приобретение студентами необходимых знаний, умений, навыков и компетенций в области правового регулирования деятельности специалиста в сфере охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

При этом особое внимание уделено приобретению студентами знаний, умений и навыков в области:

- профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни;
- положений ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» как базового источника правовой регламентации деятельности по обеспечению безопасных условий жизни населения;
- правовых основ обеспечения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- положений ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;
- работы с законами и подзаконными нормативными актами, регулирующими профессиональную деятельность врача санитарно-эпидемиологической службы;
- правовых основ организации и деятельности Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- законодательству в области охраны окружающей среды и т. д.

В связи с поставленными задачами разработаны темы лекций и семинарских занятий профессиональной направленности, в частности:

- Правовые вопросы профилактики заболеваний
- Правовые и медико-социальные аспекты формирования здорового образа жизни
- Правовое обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения
- Правовое регулирование обеспечения охраны окружающей среды.

Кроме того, в каждой изучаемой теме находят отражение вопросы ответственности специалистов здравоохранения, вопросы профилактики заболеваний и санитарно-эпидемиологического благополучия. Так, в теме «Правонарушения в медицине» сделан акцент на ответственности за нарушение санитарно-эпидемиологических правил и должностные правонарушения. Преподавание этих вопросов является исключительной

прерогативой кафедры судебной медицины, так как позволяет использовать материалы конкретных гражданских и уголовных дел из практики преподавателей кафедры.

Учебное пособие предназначено для студентов медико-профилактического факультета КубГМУ, но может быть использовано студентами всех факультетов медицинских вузов, так как содержит информацию по законодательному регулированию медицинской деятельности согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 1 ноября 2011 г. и другим современным законодательным актам. Информационно-справочные материалы, изложенные в пособии, предназначены для самостоятельного изучения студентами при подготовке к семинарским занятиям, лекциям, тестированию и зачету, а также при написании рефератов и других самостоятельных работ.

Сведения, изложенные в пособии, необходимы для решения медико-правовых и деонтологических вопросов профессиональной медицинской деятельности и могут быть использованы специалистами здравоохранения, как в практическом аспекте, так и в плане повышения квалификации. Кроме того, они могут быть полезны преподавателям медицинских вузов, медицинским работникам и юристам.

В пособии представлены 7 тем, каждая из которых включает план, рекомендуемую литературу, справочно-информационный материал в виде основных положений и структурно-логических схем, а также контрольные вопросы.

Введение

В основе деятельности любого специалиста здравоохранения лежат три составляющих: профессиональная подготовка, профессиональная этика, профессиональное законодательство.

Дисциплина «Правовые основы деятельности врача» является основой для осуществления дальнейшего обучения и формирования профессиональных компетенций, таких, как «умение анализировать значимые ... события... в области здравоохранения, принимать ответственные решения в рамках своей профессиональной компетенции (ПК-1); обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации, иных учреждений здравоохранения с учетом требований официальных законодательных, нормативных и правовых документов (ПК-30) и др. в целом изучение дисциплины преследует цели:

- дать студентам, будущим специалистам медико-профилактической сферы здравоохранения, необходимый объем знаний по основам медицинского законодательства и права, позволяющий приобрести навыки и умения по применению правовых норм в конкретных ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью;

- способствовать формированию правового сознания и правовой культуры;

- сформировать готовность к профессиональной деятельности с учетом принятых в обществе правовых норм, медицинского законодательства и правил врачебной деонтологии.

- обеспечить приобретение студентами необходимых знаний, умений, навыков и компетенций в области правового регулирования деятельности специалиста в сфере охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

- вооружить студентов знаниями прав и обязанностей субъектов здравоохранительной деятельности, особенностей юридической ответственности за совершение правонарушений;

- выработка у студентов навыков творческого мышления и развития правовых знаний в области охраны здоровья

Способствовать формированию у студентов;

- представлений о сфере правовых проблем, связанных с деятельностью системы здравоохранения в целом и деятельностью специалиста здравоохранения в различных отраслях медицины;

- системы знаний в сфере понятийного аппарата науки «Медицинское право»; умения ориентироваться в источниках (законах и подзаконных актах) медицинского права;

- умений находить и использовать нормативы российского права для решения правовых вопросов, связанных с профессиональной медицинской деятельностью.

- правосознания, уважения к закону, основных навыков использования методов правового регулирования в профессиональной медицинской деятельности.

- способностей принимать правомерные и нравственно приемлемые решения в конкретной ситуации, возникшей при осуществлении многосложной профессиональной деятельности и т. д.

Необходимо подчеркнуть межпредметную интеграцию дисциплины «Правовые основы деятельности врача» с другими дисциплинами, так как любая дисциплина, изучаемая в медицинском вузе, имеет медико-правовой и деонтологический аспект. Ко

всем клиническим дисциплинам относятся права пациента и обязанности врача, к медицинской деятельности в целом – права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников и т. д.

В настоящем пособии используются следующие сокращения:

ВМА - Всемирная медицинская ассоциация.

ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения.

ВМП - Высокотехнологичная медицинская помощь.

ГК - Гражданский Кодекс РФ.

ЗС КК – Законодательное Собрание Краснодарского края.

КК - Краснодарский край.

КоАП – Кодекс об административных правонарушениях РФ.

«Концепции реализации государственной политики по ...профилактике алкоголизма» - Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г.

МЗ - Министерство здравоохранения РФ.

МЗиСР - Министерство здравоохранения и социального развития.

МКБ - Международная классификация болезней.

НП - Неотложная помощь.

ОМС – Обязательное медицинское страхование.

ООН (ЮНИСЕФ) - Детский фонд Организации Объединенных Наций UNICEF - The United Nations Children's Fund.

РКБТ - Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака.

СК – Семейный Кодекс РФ.

СМО – страховая медицинская организация.

СМП - Скорая медицинская помощь.

ТК – Трудовой Кодекс РФ.

УК – Уголовный Кодекс РФ.

ФЗ – Федеральный Закон.

ФЗ «Об основах...» – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

ФЗ «Об иммунопрофилактике...» - Федеральный закон от 17.09.1998 г. №157–ФЗ (ред. от 02.07.2013 г.) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - Федеральный закон от 30.03.1999 г. №52-ФЗ (ред. от 25.11.2013 г.) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака» - ФЗ от 23.02.2013 г. №15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

Тема: Медицинское право – главная составляющая профессиональной деятельности врача.

Цель: овладение студентами системой основных правовых норм, регламентирующих медицинскую деятельность.

План

1. Медицинское право в системе современного российского права. Понятие, предмет и метод медицинского права.
2. История развития отечественного законодательства о здравоохранении.
3. Источники медицинского права РФ. Состав современного законодательства об охране здоровья граждан.
4. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» как основной источник медицинского права.
5. Вопросы охраны здоровья, содержащиеся в ФЗ «О рекламе»
6. Вопросы охраны здоровья, содержащиеся в ФЗ «О защите прав потребителей»

Рекомендуемая литература

Основная

1. Конституция (Основной Закон) Российской Федерации - России.
2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый 1 ноября 2011 г. (в ред. ФЗ от 25.11.2013 N 317-ФЗ, с изм. на 22.10.2014 г.).
3. ФЗ «О защите прав потребителей» (по сост. на 25.06.2012 года)
4. ФЗ «О рекламе» (ред. от 28.12.2013, с изм. на 22.10.2014 г.).
5. Воробьева, Л. В. Медицинское право: краткий курс лекций / Л.В. Воробьева. - Ростов н/Д : Феникс, 2014. - 171 с. (С. 5-24).
6. Леонтьев, О. В. Законодательство России о здравоохранении : учеб. пособ. / О. В. Леонтьев, С. Л. Плавинский. - СПб. : СпецЛит, 2013. - 64 с. (С. 5-13).
7. Основы профессиональной деятельности врача (правовые аспекты). Учебное пособие. Часть 1 [Текст]: /сост. Л.И. Ломакина, В.А. Породенко, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина. Под ред. профессора В.А. Породенко. Кубанский государственный медицинский университет - Краснодар: КубГМУ, 2014. – С. 8-23
8. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс: в 3 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 976 с.

Дополнительная

1. Всеобщая Декларация прав человека Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 г.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации
3. Конвенция о защите основных прав и свобод человека от 1950 г.
4. Постановление Правительства РФ от 22.10.2012 N 1074 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов"
5. Избранные лекции по дисциплине Правоведение [Текст]: /сост. Л.И. Ломакина, В.А. Породенко, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина/ Кубанский государственный медицинский университет – Краснодар ГОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, 2011. – 204 с.

6. Сашко С.Ю., Кочорова Л.В. Медицинское право. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 352 с.

7. Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Очерки медицинского права. – М.: ЦКБ РАН, 2004. – 170 с.

1. Медицинское право в системе современного российского права. Понятие, предмет и метод медицинского права

Под медицинским правом понимают совокупность нормативных актов, определяющих организационные, структурные, общеправовые отношения при оказании лечебно-профилактической помощи людям, проведении санитарно-противоэпидемиологических мероприятий и иных действий, связанных с деятельностью по охране здоровья.

По господствующему мнению, законодательство в сфере здравоохранения остается пробельным и противоречивым, а медицинское право, поскольку признается его существование, находится лишь в состоянии становления.

Становление медицинского права как отрасли права началось во второй половине XX века. Вначале медицинское право возникло как отрасль международного права. Шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения 1953 года приняла решение № 6.40 с предложением организовать изучение проблем международного медицинского права. Решением 47 конференции Ассоциации международного права в 1956 году был создан Комитет по международному медицинскому праву.

На IV Международной медико-правовой конференции в Праге в 1977 году вновь был поставлен вопрос о медицинском праве. Советские учёные Маракушев А.А., Чикина С.Я., Кузнецова В.К. в то время писали: «Учитывая важность врачебной этики и медицинской деонтологии как особой профессиональной категории, а также возникающие острые морально-этические и юридические вопросы в области медицины и медицинских исследований, особенно в трансплантации непарных органов, эвтанази и других проблем, следует поддержать предложение ученых о создании специальной отрасли права – медицинского права».

Природа и задачи медицинского права определяются, наряду с методами регулирования, **тремя** присущими ему сущностными чертами (рис. 1.1):

Признаки	Характеристика
1. Субъектный состав	Физические лица – медицинские и фармацевтические работники; Юридические лица - медицинские и фармацевтические учреждения; Пациенты
2. Характер осуществляемой деятельности	Помощь, основанная на специальных знаниях и профессиональных умениях
3. Особая ценность охраняемого объекта	Жизнь и здоровье человека как объект воздействия

Рис. 1.1. Природа медицинского права

Главными **участниками** рассматриваемых правоотношений являются: пациент; медицинский персонал (в частности — лечащий врач); медицинское учреждение (ЛПУ,

НИИ, медицинские институты и иные субъекты); страховые медицинские организации (страховая медицинская организация; страхователи (страхователь)); государственные органы регулирования и управления в сфере здравоохранения (Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования РФ, Фонд социального страхования РФ). Кроме того, в медицинских правоотношениях возможно участие следующих субъектов: органы, выдающие медицинским учреждениям разрешение на занятие медицинской деятельностью (лицензии и сертификаты); медицинские ассоциации; контролирующие организации (профсоюзы, общества защиты прав потребителей, антимонопольный комитет и проч.), суды.

Субъекты медицинского права – это участники здравоохранительных правоотношений.

Субъекты, объединяемые понятием «лица», подразделяются на три группы:

1) физические лица; 2) юридические лица; 3) публично-правовые образования (РФ, субъекты РФ, муниципальные образования).

Различают также субъектов предоставления медико-социальной помощи, субъектов **оказания** и субъектов **получения** медико-социальной помощи.

Таким образом, можно выделить три основных субъекта медицинского права: медицинское учреждение, медицинского работника и пациента (рис. 1.2).

Вместе с тем, нужно отметить, что функции медицинского учреждения и собственно врача может совмещать одно лицо, например, частнопрактикующий врач.

Многие исследователи (Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. и другие) считают, что медицинское право уже сформировалось и выделение данной отрасли является обоснованным и целесообразным шагом на пути развития отечественной правовой системы. Другие, полемизируя, настаивают на том, что выделение самостоятельной отрасли права предполагает наличие самостоятельного предмета и метода правового регулирования, медицинское же право ими не обладает, в связи с чем речи о самостоятельности данной отрасли быть не может.

Субъект предоставления медицинской помощи	Медицинское учреждение, обеспечивающее процесс оказания медицинской помощи (предоставляет помещение, оборудование, аппаратуру, инструментарий, расходные материалы, медикаменты и т. д.).
Субъект оказания медицинской помощи	Медицинский работник высшего или среднего звена, обладающий профессиональными знаниями.
Субъект получения медицинской помощи	Пациент

Рис. 1.2. Субъекты медицинского права.

Существуют также позиции, в соответствии с которыми медицинское право является одним из институтов более масштабной отрасли — социального права или выступает подотраслью права социального обеспечения.

Однако **во-первых**, удовлетворение потребностей граждан в медицинском обслуживании происходит не только за счет бюджета. Функционируют также платные поликлиники, центры здоровья, косметологические лечебницы, деятельность которых явно выходит за рамки социального обеспечения.

Во-вторых, необедительны аргументы об однородности отношений социального обеспечения и отношений по оказанию медицинской помощи, ибо различны субъекты и объекты этих отношений. Медицинская деятельность направлена на восстановление и укрепление здоровья, а назначение пенсии — материальное обеспечение. Одной стороной в отношениях по социальному обеспечению всегда является орган социального обеспечения, а в отношениях по медицинскому обслуживанию — медицинское учреждение или частнопрактикующий врач.

В юридической литературе любая отрасль права употребляется в **трех** значениях: как отрасль права, отрасль юридической науки и учебная дисциплина (Рис. 1.3).

Как отрасль права	Совокупность норм, установленных или санкционированных государством или международными организациями, регулирующих общественные отношения в сфере здравоохранения и медицинской деятельности.
Как отрасль науки	Наука о правовом регулировании здравоохранения, медицинской деятельности, предметом которой является медицинское право как отрасль права. Она разрабатывает цель, задачи, понятия, принципы, изучает нормы.
Как учебная дисциплина	Совокупность правовых знаний о медицинском праве как отрасли права и как науки.

Рис. 1.3. Медицинское право в юридическом значении.

Медицинское право является **комплексной** отраслью права, что становится очевидным исходя из характера отношений, возникающих в сфере здравоохранения, которые регулируются многими отраслями (Рис. 1.4).

Отрасль права	Взаимодействие с медицинским правом
Конституционное право	Закрепляет право на охрану здоровья.
Административное право	Регулирует порядок допуска к медицинской деятельности, устанавливают административную ответственность за нарушения санитарно-гигиенических норм, за незаконный оборот наркотиков и др.
Трудовое право.	Содержит нормы, предусматривающие рабочее время, время отдыха, охрану труда.
Гражданское право	Определяет порядок предоставления платных медицинских услуг, нормы о возмещении вреда, причиненного здоровью.
Уголовное право	Содержит нормы, устанавливающие ответственность за преступления против жизни и здоровья.
Семейное право	Направлено на охрану репродуктивного здоровья, обеспечение генетической безопасности.
Жилищное право	Предусматривает предоставление дополнительной жилой площади лицам, страдающими определенными заболеваниями.

Рис. 1.4. Комплексный характер медицинского права.

В принципе, в любой отрасли права можно найти положения, относящиеся к охране здоровья граждан. Поэтому совершенно обоснованной представляется позиция ученых, в соответствии с которой отношения в медицинском праве носят комплексный характер, лежат в плоскости: 1 – частного-правового, 2 - частного-публичного (социально- правового) и 3 - публично-правового регулирования (Рис. 1.5).

Характер	Специфика
1 – частно-правовой	Потребность граждан в сохранении и улучшении здоровья подлежит удовлетворению всеми не запрещенными законом способами.
2 - частно-публичный (социально-правовой)	<i>Элементы публичного регулирования</i> - обязанности государства по обеспечению общественного здоровья путем профилактики болезней, оказания медицинской помощи лицам в беспомощном состоянии и отдельным категориям граждан, оказания помощи в пределах установленного минимального стандарта в рамках государственных и иных программ и т. п. <i>Элементы частногоправового регулирования</i> - право граждан на дачу информированного согласия или отказ от лечения, праве на участие в выборе лечащего врача, способов лечения.
3 – публично-правовой	Возможность государства ограничивать в строго определенных федеральным законом случаях права и свободы человека и гражданина в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, обеспечения обороны страны и безопасности государства. В медицинских правоотношениях это проявляется в возможности установления различных ограничительных мероприятий, направленных на охрану здоровья населения — например, при проведении карантина и пр.

Рис. 1.5. Сочетание правоотношений в сфере здравоохранения.

Таким образом, отношения в сфере охраны здоровья не являются ни частными, ни публичными в чистом виде, а **сочетают** в себе их элементы, что позволяет продемонстрировать специфику отношений, возникающих в сфере здравоохранения.

Предметом медицинского права являются правоотношения при осуществлении лечебно-профилактической, санитарно-гигиенической деятельности и нормативно-правовые акты, определяющие правовой статус участников этих отношений.

Определяя предмет медицинского права, А.А. Мохов исходит из того, что его составляют общественные отношения, возникающие по поводу охраны здоровья граждан.

Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов предлагают классификацию предмета медицинского права по нескольким основным блокам (Рис. 1.6).

Наиболее значимыми для медицинского права являются горизонтальные и вертикальные правоотношения.

Говоря о предмете медицинского права нельзя не сказать о **методах** медицинского права. **Под методом правового регулирования понимаются** приемы, способы и средства воздействия на общественные отношения. *Метод* — это особый юридический режим, который во многом ориентирован на способы правового регулирования — **дозволения, запрещения, обязывания**.

Первый блок	Регулирует отношения «по горизонтали» (преимущественно – гражданско-правовые отношения).
Второй блок	Регулирует отношения «по вертикали» (преимущественно административно-правовые отношения).
Третий блок	Регулирует внутренние отношения хозяйствующего субъекта; порядок учреждения, функционирования, реорганизации, ликвидации, организации труда и тому подобные гражданско-правовые, административно-правовые, трудовые, служебные и др.
Четвертый блок	Регулирует отношения «по диагонали», в частности, с другими хозяйствующими субъектами, занятыми в данной сфере, некоторыми контролирующими органами.

Рис. 1.6. Классификация предмета медицинского права по Ю.Д. Сергееву и А.А. Мохову.

В юридической литературе выделено два основных метода регулирования: императивный и диспозитивный. **Императивное** регулирование – это детальное регулирование поведения общественных отношений на основе предписания по принципу: что предписано, то и следует делать, все остальное - за пределами закона. Он характеризуется *неравноправием* сторон.

Диспозитивное регулирование – это регулирование основных субъектов права, предоставляющих значительные свободы по принципу «все незапрещенное разрешено». Кроме этого, выделяют **поощрительный и рекомендательный, альтернативный метод и рекомендательный, метод поощрений и наказаний**. Медицинское право активно использует различные методы правового регулирования в зависимости от характера общественных отношений.

Большинство отношений, складывающихся в здравоохранении, носит преимущественно **гражданско-правовой** характер, следовательно, способ правового регулирования в данном случае ориентирован на дозволения.

Если в рамках медицинского права рассматриваются общественные отношения, носящие уголовно-правовой характер, то и способы их регулирования будут тяготеть к запрещениям, а в случае административно-правового характера – к обязываниям.

Таким образом, медицинское право не имеет собственного уникального метода правового регулирования, но это не может влиять на степень самостоятельности отрасли. Наиболее удачным является определение С.Г. Стеценко: *«методы медицинского права – это совокупность существующих в других отраслях права приемов и способов, при помощи которых происходит регулирование общественных отношений, входящих в предмет медицинского права»*.

На современном этапе в России, как и в иных странах, существуют объективные и субъективные потребности ускоренного развития медицинского права, в частности путем его **юридизации**, под которой понимается процесс нормативного и доктринального наделяния юридическими признаками и свойствами целостной совокупности норм, образующих медицинское право, его отдельных институтов и правовых предписаний (норм).

Таким образом, понятие, предмет и метод медицинского права могут быть представлены в виде схемы (Рис. 1.7).

Понятие	Совокупность нормативных актов, определяющих организационные, структурные, общеправовые отношения при оказании лечебно-профилактической помощи людям, проведении санитарно-противоэпидемиологических мероприятий и иных действий, связанных с деятельностью по охране здоровья.
Предмет	Правоотношения при осуществлении лечебно-профилактической, санитарно-гигиенической деятельности и нормативно-правовые акты, определяющие правовой статус участников этих отношений.
Метод	Совокупность существующих в других отраслях права приемов и способов, при помощи которых происходит регулирование общественных отношений, входящих в предмет медицинского права.

Рис. 1.7 Медицинское право

Ядро предмета медицинского права образуют круг его источников; права и обязанности субъектов, осуществляющих медицинскую деятельность, оказывающих и получающих медицинские услуги; режим допуска к медицинской профессии; взаимные права и обязанности врача (медицинского учреждения и др.) и пациента; медицинские договоры; согласие пациента на медицинское вмешательство и ограничения права на согласие; стандарты медицинской деятельности; риски; ответственность медицинских работников и учреждений здравоохранения, обстоятельства, ее исключающие; ошибки и правонарушения; процессуальные порядки контроля.

В структуре медицинского права выделяется общая и особенная часть (Рис. 1.8).

Элементы	Содержание
Общая часть	<ol style="list-style-type: none"> 1) конституционные основы охраны здоровья, государственные гарантии, специальные медицинские нормы, относящиеся к организационно-правовым основам системы здравоохранения и пр.; 2) источники медицинского права; 3) задачи и предмет медицинского права; 4) понятие и сущность медицинских правоотношений, их особенности, юридическая природа, виды, субъекты и объекты, формы и методы медицинских действий, специфические аспекты медицинских правоотношений в управленческой сфере, медицинский ущерб и т.п.; 5) субъекты медицинского права; 6) объекты медицинских правоотношений; 7) общие положения о медицинских действиях; 8) соглашения и договоры об оказании медицинской помощи и иных медицинских услуг; 9) медицинское правонарушение и юридическая ответственность.

Особенная часть	1) оказание экстренной помощи; 2) медицинская помощь лицам с ограниченными возможностями (инвалидам); 3) психиатрическая помощь; 4) трансплантация; 5) эвтаназия; 6) медицинская помощь в условиях катастроф и чрезвычайных ситуаций; 7) медицинские услуги в вытрезвителях, местах лишения либо ограничения свободы; 8) привлечение частнопрактикующих врачей к оказанию помощи в особых условиях; 9) биомедицинские исследования и т. д.
-----------------	--

Рис. 1.8. Структура медицинского права.

2. История становления законодательства о здравоохранении

Законодательство в области здравоохранения формировалось на протяжении многих столетий. Можно выделить несколько этапов в развитии медицинского права (Таблица 2.1).

Таблица 2.1.

История становления законодательства о здравоохранении

Этапы	Основные вехи
1. Медицинское законодательство первобытных государств.	Труды медицинской школы «Корпус Гиппократов»: «Клятва Гиппократов», «О благоприличном поведении», «О врачах», «Об искусстве», «О древней медицине», «Закон». Наставления древнеиндийского врача Сушруты и отца китайской медицины Сан-Сю-Мао, законы Хаммурапи, Вавилона, Иудеи, Ярослава Мудрого и т.д.
2. Медицина в монотеистических религиях.	Утверждение христианства и забота о немощных и больных в монастырях: Орден Святого Лазаря в Иерусалиме, общины «бегин» в Германии, орден «Братья милосердия» в Испании, община сестер милосердия во Франции. Создание больниц в древнерусском государстве при монастырях. Труды арабских ученых – Аль Рухави («Практическая этика врачей»), Ибн-абу Усейби («Приказ медицины»), Ибн-Сина («Канон медицины»).
3. Становление официального медицинского образования	В X веке открылся первый медицинский факультет на Востоке, затем в X - XII веке при университетах в Европе открываются медицинские факультеты, создаются корпорации врачей. В России первый университет с медицинским факультетом открылся в 1755г.

<p>4. Медицинское законодательство Древней Руси и дореволюционной России</p>	<p>XI в. - Устав великого князя Владимира Святославовича определил и узаконил правовое положение врачей. XII в. - "Русская правда" Ярослава Мудрого закрепила право медицинской практики на территории Киевской Руси. XVI в.- Законодательный сборник "Стоглав" (правила содержания больниц). Аптекарская палата (Аптекарский приказ) - надзор за медицинской деятельностью. 1857 г. - Единый врачебный закон в России. Врачи не могли быть привлечены к уголовной ответственности даже при грубых дефектах лечения, повлекших смерть пациента (ст. 870 "Уложения о наказаниях" (1885 г.).</p>
<p>5. Советский период</p>	<p>1917 г. - Государство монополизировало право на медицинскую помощь. 1918 г. - Постановление о запрете Всероссийских съездов врачей. Декреты: об отделении церкви от государства и закрытие монастырских богаделен и приютов; об учреждении Народного комиссариата здравоохранения; "О страховании на случай болезни"; "О национализации аптек". 1919 г. - Декрет "О мерах борьбы с эпидемиями". Всего Ленин подписал свыше 200 декретов и постановлений по вопросам здравоохранения 1924 г. - Декрет ВЦИК и СНК РСФСР "О профессиональной работе и правах медицинских работников". Формирование "кремлевской медицины". В 1922 г. - УК РСФСР (ст. 165) уголовное наказание за отказ медработника в оказании медицинской помощи, и неосторожное нарушение профессиональных обязанностей (ст. 108). Многочисленные «дела врачей». Распространение деонтологии (работы основоположника отечественной онкологии Н.Н. Петрова). 1969 г.- Закон СССР "Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении". 1986 г. - Указ Президиума Верховного Совета СССР "Об усилении борьбы с извлечением нетрудовых доходов". 1991 г. - Закон РФ "О страховании". 1992 г. - Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»;</p>
<p>6. Формирование биоэтики как нравственной основы медицинского законодательства</p>	<p>1947 г. – «Нюрнбергский Кодекс», создание «Всемирной медицинской ассоциации» (ВМА), 1948 г. - «Всеобщая Декларация прав человека», Клятва Гипократа XX века (Женевская декларация), 1949 г. – «Международный кодекс медицинской этики». 1950 г. – «Конвенция о защите прав человека и основных свобод»; 1959 г. - «Декларацию прав ребенка»;</p>

<p>6. Формирование биоэтики как нравственной основы медицинского законодательства</p>	<p>1963 г. – «Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения»;</p> <p>1964 г. - Декларация (Хельсинкская) (Рекомендации для врачей, участвующих в медико-биологических исследованиях на людях).</p> <p>1966 г. - Международный пакт о гражданских и политических правах и Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах;</p> <p>1975 г. - Декларация (Токийская) (Рекомендации по позиции врачей относительно пыток, наказаний и других мучений, а также негуманного или унижительного лечения в связи с арестом или содержанием в местах заключения).</p> <p>1981 г. - Лиссабонская декларация о правах пациента;</p> <p>1983 г. - Венецианская декларация о терминальном состоянии;</p> <p>1987 г. - Декларация о трансплантации человеческих органов;</p> <p>1987 г. - Мадридская декларация о профессиональной автономии и самоуправлении врачей; Декларация об эвтаназии;</p> <p>1989 г. - Декларация о жестоком обращении с пожилыми людьми и стариками; Конвенция о правах ребенка;</p> <p>1991 г. - Декларация V всемирной конференции ВМА по проблемам медицинского образования.</p>
<p>7. Международные и отечественные законодательные и этические документы, принятые после распада СССР</p>	<p>1993 г. - Конституция РФ. Глава 2. Права и свободы человека и гражданина,</p> <p>1993 г. - принятие "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан". Включение в Общеправовой классификатор отраслей законодательства самостоятельной отрасли - "Законодательство об охране здоровья граждан".</p> <p>1994 г. - Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе;</p> <p>1994 г. - Этический кодекс врача России, Клятва российского врача;</p> <p>1995 г. - ФЗ «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»;</p> <p>1996 г. - Конвенция Совета Европы «О правах человека и биомедицине»,</p> <p>1997 г. - Этический кодекс медицинской сестры России;</p> <p>1998 г. - Приказ Минздрава РФ №248 «О создании Комитета по биомедицинской этике Минздрава России»;</p> <p>Дополнительные системы здравоохранения (государственная, муниципальная, ведомственная, частная); обязательное и добровольное медицинское страхование; платные медицинские услуги. Возможность компенсации морального вреда.</p> <p>2002 г. – Издание федерального научно-практического журнала «Медицинское право»</p> <p>2004 г. – Открытие в системе РАМН научного направления – «Медицинское право».</p> <p>2005 г. – Внесение изменений и дополнений в законы РФ.</p>

8. Современный этап становления медицинского законодательства	2011 г. – принятие ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», детализация и уточнение регуляции здравоохранения, введение 32 новых статей.
---	---

В СССР система здравоохранения являлась практически закрытой: регулирование осуществлялось посредством служебных актов и было скрыто как от пациентов, так и от врачей; здравоохранение финансировалось исключительно государством и, при объявлении всей медицинской помощи бесплатной и доступной, было соответствующим по качеству. Защита прав как пациента, так и врача в таких условиях была чересчур трудоёмка и малоэффективна.

Необходимо отметить, что многие недостатки здравоохранения в России, как то: отсутствие чёткой регламентации деятельности по организации и оказанию медицинской помощи, отсутствие единых стандартов качества медицинской помощи, низкое качество медицинской помощи в ОМС и формальность отношений в его системе, отсутствие правового воспитания субъектов здравоохранения и иные особенности отечественного здравоохранения, — связаны с наследством системы, существовавшей в СССР.

Положение дел сменилось с принятием "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" в 1993 году. В них провозглашались составляющие системы здравоохранения (государственная, муниципальная, ведомственная, частная), дополнительные гарантии (обязательное и добровольное медицинское страхование), дополнительные возможности (платные медицинские услуги). Регулирование здравоохранением поручалось праву, а контроль — государственным органам (Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ), медицинским ассоциациям, специальным организациям, общественным организациям, отдельному гражданину. Процесс оказания медицинской помощи стал более прозрачен, а, значит, защита своих прав в сфере здравоохранения — более реальна.

Естественно, вышеуказанные условия способствовали возникновению новой области знаний, именуемой в профессиональной среде как медицинское право.

Сегодняшнее изменение отношения общества к медицине обусловлено и изменением правовых и морально-этических взаимоотношений врача, и больного, которые возникли после перевода здравоохранения на коммерческую основу, в ее наиболее уродливой форме, с одновременным уменьшением бюджетного финансирования. Медицину, из гуманнейшего института по оказанию медицинской помощи, государство пытается превратить в монстра по продаже населению (потребителю) "медицинских услуг".

Принятый 1 ноября 2011 г. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», призван совершенствовать систему здравоохранения путем детализации и уточнения многих регулирующих моментов.

Однако остаются многочисленные проблемы современного этапа развития медицины, требующие законодательного регулирования:

- Концепция социальной справедливости и политика в области здравоохранения.

- Право на благоприятную окружающую среду;

- Проблемы изучения и сохранения здоровья здоровых;

- Вопросы профилактической медицины – профилактика инфекционных и, особенно, неинфекционных заболеваний.

- Санитарно-эпидемиологическая и экологическая безопасность населения;

- Медико-биологические эксперименты на людях.
- Генетика, генно-инженерные технологии.
- Право на жизнь и сопутствующие этому проблемы (проблема аборта, стерилизации, новых репродуктивных технологий и пр.).
- Оценка таких проблемных ситуаций в медицине как «смерть мозга».
- Право на смерть (право умереть с достоинством), эвтаназия (активная и пассивная), самоубийство и другие проблемы.

3. Источники медицинского права РФ

Нормы права выражаются в определенной юридической форме – юридическом источнике. Источники права представляют собой единственное место «пребывания» юридических норм - резервуар, в котором юридические нормы только и находятся и откуда мы их «черпаем».

В общей теории права традиционно выделяют шесть источников: юридический обычай, юридический прецедент (судебный и административный), нормативный договор, юридическая доктрина, религиозное (священное) писание, нормативно-правовой акт.

В современной юридической науке под источником права чаще всего понимают форму выражения правила, форму установления и выражения правовых норм.

Источники медицинского права – это система определенных внешних форм, содержащих нормы, регулирующие общественные отношения по поводу охраны здоровья граждан (Рис. 3.1). Принципы и нормы международного права и международные договоры РФ (ч. 4 ст. 15 Конституции РФ) являются также основными источниками медицинского права. Например: "Всеобщая декларация прав человека" от 10 декабря 1948 г.

Основной формой (источником) права являются нормативные акты, среди которых ключевые позиции занимают акты высшей юридической силы. В качестве источников права выступают также общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры РФ (ч. 4 ст. 15 Конституции РФ).

Право человека на жизнь является самым важным в перечне гражданских прав и свобод. Статья 3 "Всеобщей декларации прав человека" от 10 декабря 1948 г. гласит: "Каждый человек имеет право на жизнь, на свободу и личную неприкосновенность".

Нормативные акты высшей юридической силы	Конституция (Основной Закон) Российской Федерации - России.
Федеральные конституционные законы	ФКЗ 1996 г. «Об уполномоченном по правам человека в Российской Федерации» и др.
Кодифицированные федеральные законы	Гражданский кодекс РФ; Уголовный кодекс РФ; Кодекс РФ об административных правонарушениях; Семейный кодекс РФ; Трудовой кодекс РФ и др.

Федеральные законы	«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", "Об охране окружающей природной среды", "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", "О трансплантации органов и /или/ тканей человека", "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", О защите прав потребителей», «О рекламе», «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» и др.
Законы субъектов РФ	Закон Краснодарского края "Об охране здоровья населения Краснодарского края". Закон Краснодарского края "Об установлении ограничений в сфере розничной продажи алкогольной продукции и безалкогольных тонизирующих напитков" и др.
Подзаконные акты	Постановление Правительства Российской Федерации "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2013 год" и другие Указы Президента; Постановления Правительства; приказы, инструкции, положения МЗ РФ; нормативные акты местных органов власти.

Рис. 3.1. Источники медицинского права в РФ.

Уголовный Закон России предусматривает уголовную ответственность медицинских работников за неосторожное лишение жизни человека при ненадлежащем исполнении лицом своих профессиональных обязанностей (статья 109 УК РФ 1996 г.).

Определенную роль в качестве источника медицинского права может играть обычай. Обусловлено это тем обстоятельством, что в медицине широко распространены так называемые «неписаные» правила, нормы, которыми руководствуются врачи и, которые, несомненно, следует учитывать при разрешении возникающих споров (нормы деонтологии и т. п.).

В некоторых зарубежных правовых системах роль источника права выполняет судебный прецедент. В российской правовой системе судебный прецедент формально не считается источником права, хотя значение судебной практики разрешения споров, возникающих по поводу «некачественного» оказания медицинской помощи, весьма велико.

Следует также отметить, что **нормы морали и нравственности не могут быть признаны в качестве источника права, хотя многие из них лежат в основе правовых норм.** Они могут иметь значение для уяснения отдельных положений, смысла правил, правовых норм путем их толкования.

Этические нормы и правила (Обещание врача России, Этический кодекс Российского врача и др.) тесно примыкают к законодательству об охране здоровья. Существует Всемирная медицинская ассоциация, которая объединяет врачей 64 стран мира. В 1993 г. создана Европейская медицинская ассоциация. Этими организациями приняты важнейшие медицинские документы.

В нашей стране в 1990 г. создана внеправительственная организация - Ассоциация

врачей России. В 1997 г. принят Этический кодекс российского врача. Московская организация "Медицина и право" входит во Всемирную ассоциацию медицинского права.

Медицинское право, будучи структурным элементом системы российского права, характеризуется не только определенной системностью, но и состоит из институтов. К ним относятся: **институт права граждан на охрану здоровья; институт прав пациентов; институт медицинского страхования; институт контроля качества медицинской помощи; институт защиты прав граждан в области охраны здоровья и прав пациентов и другие**

Подотрасли медицинского права к настоящему времени еще не оформились, хотя можно прогнозировать выделение фармацевтического права, пенитенциарного медицинского права, военного медицинского права, права, регулирующего производство и использование медицинского оборудования, косметологическое медицинское право, репродуктивное медицинское право и иные подотрасли, возникновение которых порождается потребностями практики и обеспечивается развитием новых технологий.

4. Состав современного законодательства об охране здоровья граждан

Возглавляет систему законодательства в сфере здравоохранения Конституция Российской Федерации 1993 г. В ч. 1 ст. 41 Конституции РФ признается право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь в соответствии с Всеобщей декларацией прав человека (ст. 25) и Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах (ст. 12).

Центральный правовой акт в сфере здравоохранения, составляющий **первый** (после Конституции РФ) **уровень медицинского законодательства** - Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который вступил в действие с 1 января 2012 г.

Статья 3 характеризует законодательство в сфере охраны здоровья:

«1. Законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из настоящего Федерального закона, принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

2. Нормы об охране здоровья, содержащиеся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, не должны противоречить нормам настоящего Федерального закона.

3. В случае несоответствия норм об охране здоровья, содержащихся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, нормам настоящего Федерального закона применяются нормы настоящего Федерального закона.

4. Органы местного самоуправления в пределах своей компетенции имеют право издавать муниципальные правовые акты, содержащие нормы об охране здоровья, в соответствии с настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

5. В случае если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом правила в сфере

охраны здоровья, применяются правила международного договора».

Второй уровень законодательства об охране здоровья граждан - специальные федеральные законы, непосредственно регулирующие важнейшие направления в этой сфере. На данный момент федеральный срез собственно медицинского законодательства составляют около полутора десятков законодательных актов. Кодекс законов об охране здоровья включает в себя блоки, представленные на рис. 4.1.

Нормативные акты высшей юридической силы	Конституция (Основной Закон) Российской Федерации - России.
Федеральные конституционные законы	ФКЗ 1996 г. «Об уполномоченном по правам человека в Российской Федерации» и др.
Кодифицированные федеральные законы	Гражданский кодекс РФ; Уголовный кодекс РФ; Кодекс РФ об административных правонарушениях; Семейный кодекс РФ; Трудовой кодекс РФ и др.
Федеральные законы	«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", "Об охране окружающей природной среды", "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", "О трансплантации органов и /или/ тканей человека", "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", О защите прав потребителей», «О рекламе», «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» и др.
Законы субъектов РФ	Закон Краснодарского края "Об охране здоровья населения Краснодарского края" Закон Краснодарского края "Об установлении ограничений в сфере розничной продажи алкогольной продукции и безалкогольных тонизирующих напитков" и др.
Подзаконные акты	Постановление Правительства Российской Федерации "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2013 год" и другие Указы Президента; Постановления Правительства; приказы, инструкции, положения МЗ РФ; нормативные акты местных органов власти.
Обычаи	Нормы деонтологии

Рис. 4.1. Кодекс законов об охране здоровья.

Третий уровень законодательства в области охраны здоровья граждан образуют законы, принимаемые **субъектами** Российской Федерации. Конституция России (ст. 76) предусмотрела право субъектов Российской Федерации осуществлять законодательную деятельность по предметам совместного ведения и вне предметов ведения Российской Федерации. В соответствии с п. «ж» ч. 1 ст. 72 Конституции лишь координация вопросов здравоохранения является предметом совместного ведения. А в исключительном ведении

Российской Федерации находятся вопросы охраны здоровья граждан, которые связаны с производством и порядком использования наркотических средств и ядовитых веществ (п. «м» ст. 71), а также установление основ федеральной политики и федеральные программы в области социального развития (п. «е» ст. 71).

Например: Закон Краснодарского края от 01.08.2012 г. № 2565-КЗ «О внесении изменения в статью 36 Закона Краснодарского края «Об охране здоровья населения Краснодарского края» (принят Постановлением ЗС КК от 26.07.2012) приведен в соответствие с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который вступил в действие с 1 января 2012 г. Согласно внесенным изменениям, медицинские и бытовые услуги, не включенные в программы государственных гарантий, могут быть оказаны медицинскими организациями за счет личных средств граждан или спонсорских средств, перечисляемых непосредственно на счета медицинских организаций, по тарифам, утвержденным в установленном порядке, или на основании полиса добровольного медицинского страхования, приобретаемого гражданами у страховых медицинских организаций.

Орган исполнительной власти Краснодарского края в сфере охраны здоровья разрабатывает и вносит на утверждение главе администрации края правила оказания платных медицинских услуг.

Порядок финансового обеспечения медицинской помощи жителям других субъектов Российской Федерации, гражданам других государств за счет средств бюджета и обязательного медицинского страхования устанавливается федеральными нормативными правовыми актами и органами государственной власти Краснодарского края в пределах их компетенции.

Граждане и юридические лица имеют право оказывать благотворительную помощь в пользу медицинских учреждений и определять их целевое назначение.

Тарифы на платные медицинские услуги, оказываемые государственными учреждениями здравоохранения Краснодарского края, утверждаются уполномоченным органом исполнительной власти Краснодарского края в сфере регулирования цен (тарифов).

Другой пример - Закон Краснодарского края «О внесении изменений в закон Краснодарского края «Об утверждении краевой целевой программы «Дети Кубани» на 2009 - 2013 годы». Принят Законодательным Собранием Краснодарского края 26 июля 2012 года; Закон Краснодарского края от 4 июня 2012 года №2497-КЗ «Об установлении ограничений в сфере розничной продажи алкогольной продукции и безалкогольных тонизирующих напитков» и др.

Работа над формированием законов об охране здоровья продолжается. В портфеле Комитета Государственной Думы по охране здоровья и спорту находится более 120 проектов федеральных законов. Например, среди законопроектов, подготавливаемых комитетом к рассмотрению, находятся следующие: проект Федерального закона № 98042437-2 «О здравоохранении в Российской Федерации»; Законопроект о донорстве органов; «О частном здравоохранении», «О правовых основах биоэтики и гарантиях ее обеспечения», «О традиционной и народной медицине (целительстве)», «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников»; «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» и др.

5. Основной источник медицинского права – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Современное состояние медицинского права следует изучать по состоянию основного источника - ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый 1 ноября 2011 г.

В главе 1 – Общие положения, - указывается предмет регулирования закона, основные понятия, используемые в Федеральном законе и законодательство в сфере охраны здоровья.

Этот закон регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации и определяет:

- 1) правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- 2) права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;
- 3) полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;
- 4) права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;
- 5) права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников.

В статье 2 впервые даны определения основных понятий, используемых для целей настоящего Федерального закона: здоровье, охрана здоровья, медицинская помощь, медицинская услуга, медицинское вмешательство, профилактика, диагностика, лечение, пациент, медицинская деятельность, медицинская организация, фармацевтическая организация, медицинский работник, фармацевтический работник, лечащий врач, заболевание, состояние, основное заболевание, сопутствующее заболевание, тяжесть заболевания, качество медицинской помощи.

Далее в Законе содержатся: Глава 2. Основные принципы охраны здоровья; Глава 3. Полномочия Федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья; Глава 4. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья; Глава 5. Организация охраны здоровья; Глава 6. Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья; Глава 7. Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование; Глава 8. Медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека; Глава 9. Медицинские работники и фармацевтические работники, медицинские организации; Глава 10. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; Глава 11. Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья; Глава 12. Организация контроля в сфере охраны здоровья; Глава 13. Ответственность в сфере охраны здоровья.

6. Вопросы охраны здоровья, содержащиеся в ФЗ «О рекламе»

Права граждан в области здравоохранения должны законодательно закрепляться не только при обращении за медицинской помощью и её получении, но и в повседневной жизни. К таким случаям относится проблема рекламы медицинских препаратов, которая совсем не является безобидной в условиях развития фармацевтического рынка. Международные документы трактуют понятие рекламы лекарственных средств гораздо

шире, чем это сделано в нашем законодательстве: в частности, директивы ЕС включают в понятие «реклама лекарственных средств» все мероприятия по информации, маркетинговым исследованиям и созданию спроса.

В ФЗ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. содержались статьи, указывающие на запрет рекламы... Однако в последующих редакциях закона они были убраны. В ФЗ 2011 г. имеются упоминания о рекламе в статье 28. Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья

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

И статья 74. Ограничения, налагаемые на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности:

1. Медицинские работники и руководители медицинских организаций не вправе...

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

ФЗ от 13.03.2006 № 38-ФЗ (ред. от 18.07.2011) "О рекламе" в статье 5 «Общие требования к рекламе...» содержит запреты, касающиеся медицинских и фармацевтических работников и рекламы лекарственных препаратов.

Статья 6 «Защита несовершеннолетних в рекламе» ограждает детей от негативной информации в рекламе.

Статья 7 запрещает рекламу наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также органов и (или) тканей человека в качестве объектов купли-продажи.

Статьи 21-23 ограничивают и запрещают рекламу алкогольной продукции, табака, табачных изделий и курительных принадлежностей.

Статья 24 содержит ограничения и запреты на рекламу лекарственных средств, медицинской техники, изделий медицинского назначения и медицинских услуг, в том числе методов лечения и рекламу медицинских услуг по ответственному прерыванию беременности.

Если вследствие применения лекарственного средства нанесён вред здоровью человека, то организация-производитель, выпустившее это лекарственное средство, обязано возместить ущерб пострадавшему.

7. Вопросы охраны здоровья, содержащиеся в ФЗ «О защите прав потребителей» и в Правилах предоставления платных медицинских услуг

В статье 84 «Основ» - «Оплата медицинских услуг» регламентируются основные моменты оказания платной медицинской помощи.

1. Граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.

2. Платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

3. При оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи.

4. Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

5. Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги:

1) на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

2) при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

3) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

4) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 настоящего Федерального закона.

6. Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7. Порядок и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам устанавливаются Правительством Российской Федерации.

8. К отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года N 2300-1 "О защите прав потребителей".

Ежегодно Правительство Российской Федерации принимает постановление "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг пациентам".

Контрольные вопросы:

1. Охарактеризуйте особенности становления медицинского права как отрасли права.

2. По каким признакам медицинское право нельзя отнести к подотрасли права социального обеспечения?

3. Охарактеризуйте комплексный характер регулирования отношений, возникающих в сфере здравоохранения.

4. В чем проявляется уникальность предмета медицинского права?
5. Приведите определения медицинского права, существующие в настоящее время.
6. Назовите главных участников (субъектов) правоотношений в здравоохранении.
7. Перечислите основания, по которым медицинское право признается самостоятельной отраслью.
8. Выделите признаки отношений, входящих в предмет медицинского права.
9. Какие нормы включает в себя общая часть медицинского права?
10. Какие нормы включает в себя особенная часть медицинского права?
11. Охарактеризуйте историю развития медицинского права в Древней Руси и до 1917 г.
12. Дайте характеристику истории развития медицинского права в период существования СССР.
13. Охарактеризуйте историю развития медицинского права в период перестройки и до настоящего времени.
14. В чем суть «врачебных дел» в истории медицины и в период бюджетно-страховой медицины?
15. Какие недостатки здравоохранения в России связаны с наследством системы, существовавшей в СССР?
16. Охарактеризуйте становление медицинского права как отрасли права со второй половины XX века.
17. Какие проблемы существуют в стадии становления медицинского права?
18. Какие правовые акты составляют первый уровень медицинского законодательства?
19. Дайте определение понятий: здоровье; охрана здоровья; медицинская помощь.
20. Дайте определение понятий: медицинская услуга; медицинское вмешательство; профилактика.
21. Дайте определение понятий: диагностика; лечение; пациент.
22. Дайте определение понятий: медицинская деятельность; медицинская организация; фармацевтическая организация.
23. Дайте определение понятий: медицинский работник; фармацевтический работник; лечащий врач.
24. Дайте определение понятий: заболевание; состояние; основное заболевание.
25. Дайте определение понятий: сопутствующее заболевание; тяжесть заболевания или состояния; качество медицинской помощи.
26. Охарактеризуйте законодательство в сфере охраны здоровья в соответствии со ст. 3 ФЗ «Об основах...».
27. Какие правовые акты составляют второй уровень медицинского законодательства?
28. Какие правовые акты составляют третий уровень медицинского законодательства?

Тема: Основные принципы охраны здоровья. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи

Цель: Уяснение основных положений законодательного регулирования охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

План

1. Содержание основных понятий ФЗ «Об основах охраны здоровья...»
2. Основные принципы охраны здоровья
3. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья
4. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи
5. Приоритет охраны здоровья детей
6. Доступность и качество медицинской помощи. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи.
7. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья, соблюдение врачебной тайны

Рекомендуемая литература

Основная

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.11.2013, с изм. на 22.10.2014 г.) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
2. Воробьева, Л. В. Медицинское право: краткий курс лекций / Л.В. Воробьева. - Ростов н/Д : Феникс, 2014. - 171 с. (С. 54-92, 118-133).
3. Основы профессиональной деятельности врача (правовые аспекты). Учебное пособие. Часть 1 [Текст]: /сост. Л.И. Ломакина, В.А. Породенко, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина. Под ред. профессора В.А. Породенко. Кубанский государственный медицинский университет - Краснодар: КубГМУ, 2014. – С. 24-41
4. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс: в 3 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 976 с.

Дополнительная

1. Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики /А.П. Зильбер. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 848 с.
2. Избранные лекции по дисциплине Правоведение [Текст]: /сост. Л.И. Ломакина, В.А. Породенко, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина/ Кубанский государственный медицинский университет – Краснодар ГОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, 2011. – 204 с.
3. Местергази Г.М. Врач и больной, или по-новому о старом: учебное пособие /Г.М. Местергази; [предисл. акад. РАМН, проф. В.К. Гостищева]. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2008. – 112 с.
4. Седова Н.Н. Кому помешали этические комитеты? //Медицинское право. 2012. № 1. С. 6-10.
5. Силуянова И.В. Сравнительный анализ федеральных законов о здравоохранении в Российской Федерации с этической точки зрения. //Медицинское право. 2012. № 3. С. 3-9.

1. Содержание основных понятий ФЗ «Об основах охраны здоровья...»

Новый Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. (ФЗ «Об основах...») — это универсальный и фундаментальный законодательный документ, регламентирующий медицинскую деятельность. По своей «всеохватности» он не отличается от утратившего силу Закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (ОЗ). В новом законе практически нет ни одного вида медицинской деятельности, в том числе и проблемного с социальной точки зрения, которая не была бы охвачена регламентацией. Более того, многие формулировки слово в слово повторяют текст старого закона. Это относится, например, к тексту Клятвы врача (см. ст. 60 ОЗ и ст. 71 ФЗ «Об основах...»). Тем не менее между законами существуют и различия.

Первое, что следует отметить – это статью 2, в которой впервые даны определения основных понятий, используемых для целей Федерального закона (Рис. 1.1).

здоровье	- состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;
охрана здоровья	- система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти РФ, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи;
медицинская помощь	- комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;
медицинская услуга	- медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;
медицинское вмешательство	- выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности;
профилактика	- комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

диагностика	- комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий;
лечение	- комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни;
пациент	- физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;
медицинская деятельность	- профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях;
медицинская организация	- юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством РФ. Положения настоящего Федерального закона, ...распространяются на иные юридические лица ..., осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность... к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;
фармацевтическая организация	- юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее фармацевтическую деятельность (организация оптовой торговли лекарственными средствами, аптечная организация). В целях настоящего Федерального закона к фармацевтическим организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность;
медицинский работник	- физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность;

фармацевтический работник	- физическое лицо, которое имеет фармацевтическое образование, работает в фармацевтической организации и в трудовые обязанности которого входят оптовая торговля лекарственными средствами, их хранение, перевозка и (или) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения (далее - лекарственные препараты), их изготовление, отпуск, хранение и перевозка;
лечащий врач	- врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения;
заболевание	- возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;
состояние	- изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи;
основное заболевание	- заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;
сопутствующее заболевание	- заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;
тяжесть заболевания или состояния	- критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;
качество медицинской помощи	- совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Рис. 1.1. Статья 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г.

2. Основные принципы охраны здоровья.

Право на здоровье, в отличие от других прав человека, лишь недавно стало предусматриваться Конституциями многих стран мира. В Конституциях XVIII–XIX вв. не было упоминаний о праве на здоровье, хотя другие права человека провозглашались. В международном масштабе право человека на здоровье признано в 1948 г. Фактически это право на получение медицинской помощи. Всеобщей декларацией прав человека (ст. 25) закреплено положение: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая питание, одежду, жилище, медицинский уход и требуемое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благополучия его самого».

и его семьи». Во Всеобщей декларации о геноме человека и о правах человека от 11.11.1997 г. в ст. 8 говорится: «Каждый человек в соответствии с международным правом и национальным законодательством имеет право на справедливую компенсацию того или иного ущерба, причинённого в результате непосредственного и детерминирующего воздействия на его геном». При этом уточняется, что геном человека лежит в основе изначальной общности всех представителей человеческого рода, а также признания их неотъемлемого достоинства; геном человека знаменует собой достояние человечества (ст.1).

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

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

«1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счёт средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

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

«Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (ОЗ) просуществовали восемнадцать лет. В конце 2011 г. его сменил новый Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. (ФЗ «Об Основах...»).

При упоминании о «медицинских услугах» мы сразу попадаем в поле зрения Закона «О защите прав потребителя». Всё ясно, если пациент получал услуги в платной медицине за собственные деньги. Но как быть с таким понятием в государственной бесплатной медицине, в которой пациент за лечение не платит, а значит, не получает услугу? За него в бесплатной медицине платит государство. Не пора ли заканчивать с таким парадоксом?

Если «медицинские услуги» гражданин получает в платных медицинских учреждениях, то здесь можно применять Закон «О защите прав потребителя». «Лечение или медицинскую помощь» больной получает бесплатно в государственных или муниципальных медицинских учреждениях, и здесь уже применимы Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан.

Вторая глава нового Закона целиком посвящена принципам, регулирующим общественные отношения в сфере охраны здоровья граждан РФ. В теории права под правовым принципом понимается общее положение, основополагающая идея, которая имеет обязательное значение и подлежит применению при регулировании конкретных отношений, прямо закрепляясь в системе правовых норм, и влияя на процессы толкования и применения норм права.

Нововведением является рост числа основных принципов охраны здоровья

граждан. Вместо пяти в прежнем законодательстве, сейчас их становится девять: «Новыми» принципами являются приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи, приоритет охраны здоровья детей; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи; соблюдение врачебной тайны (Рис. 2.1). Основные принципы раскрыты и детализированы в семи статьях.

Основными принципами охраны здоровья являются:	
	1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
	2) приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
	3) приоритет охраны здоровья детей;
	4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
	5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
	6) доступность и качество медицинской помощи;
	7) недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
	8) приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
	9) соблюдение врачебной тайны.

Рис. 2.1. Статья 4 ФЗ «ФЗ «Об Основах...» - Основные принципы охраны здоровья.

В то же время в международном врачебном и биоэтическом сообществе общепринятыми являются совсем другие принципы. Это всем известные в Европе и Америке принцип не причинения вреда и недопустимости злоупотреблений, принцип уважения достоинства и автономии личности, принцип благодеяния и принцип справедливости. И хотя новый закон в статье 5 (Рис. 2.2) включает обязательство «соответствовать общепризнанным принципам и нормами международного права», в этом конкретном вопросе, к сожалению, соответствия нет.

Охрана здоровья	
Основания	1. Мероприятия по охране здоровья должны проводиться на основе признания, соблюдения и защиты прав граждан и в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права».
Обеспечение	2. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств.
Гарантии	3. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний».

Рис. 2.2. Ст. 5 ФЗ «Об основах охраны здоровья...»- Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья провозглашается в статье 12 ФЗ «Об Основах...».

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

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения – состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности.

На сегодняшний день вопросы осуществления противоэпидемиологических и санитарных мероприятий регулируются Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», а также другими законами и подзаконными актами Российской Федерации.

3. Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий. Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья

Защищает ли новый закон достоинство личности?

Несмотря на то, что принцип защиты достоинства человека является общепризнанным в международном праве со времен Нюрнбергского трибунала, ряд аналитиков констатируют игнорирование в рассматриваемом законе фундаментального принципа на охрану и защиту достоинства личности.

Действительно, в законе вообще ни разу не встречаются понятия «достоинство личности» или «человеческое достоинство». Отсутствие этого принципа в принятом законе, безусловно, снижает уровень доверия к врачебному сообществу.

Следует отметить тот факт, что в законодательстве о здравоохранении большинства зарубежных демократических государств закреплены развернутые и детализированные гарантии признания, охраны и защиты достоинства личности пациента.

Так, Французский кодекс здравоохранения констатирует, что «больной имеет право на уважение его достоинства личности» (статья L1 10-2) и «врач, обслуживающий индивидуальное и общественное здоровье, выполняет свою миссию с уважением к человеческой жизни, к личности и ее достоинству. Уважение к человеку не прекращается с его смертью» (статья R4127-2).

В Союзном законе Швейцарии о медицинских профессиях от 23 июня 2006 г. установлено требование уважения человеческого достоинства пациента (пункт «i» статьи 8, пункт «d» статьи 9 и пункт «b» статьи 17).

В Законе Бельгии о правах пациента от 20 августа 2002 г. установлено: «Пациент имеет право на получение от профессионального медицинского работника качественных услуг, удовлетворяющих потребности пациента и реализуемых в духе уважения к человеческому достоинству и автономии личности без каких-либо различий» (статья 5).

Требование постановки в основу медицинских действий заботы о пользе пациента и уважения его человеческого достоинства закреплено частью 5 статьи 9 Закона Испании об основах автономности пациента и о правах и обязанностях в части информации и клинической документации № 41 /2002 от 14 ноября 2002 г.

Требование уважения человеческого достоинства пациента установлено в Законе Италии о мерах по обеспечению доступа к паллиативной помощи и лечению боли № 38 от 15 марта 2010 г. (часть 2 статьи 1).

В Законе Аргентины о правах пациентов в их отношениях с медицинскими специалистами и медицинскими учреждениями № 26.529 от 19 ноября 2009 г. установлено требование «обращения с пациентом с достоинством и уважением», которое детализируется следующим образом: «Пациент имеет право на получение от субъектов системы здравоохранения достойного уважения, с точки зрения его личных и моральных убеждений, в основном связанных с его социокультурной и половой идентичностью, нравственными убеждениями и неприкосновенностью частной жизни, независимо от его статуса. Это отношение распространяется на членов его семьи или близких людей» (пункт «b» статьи 1).

Согласно статье 1 Закона Исландии о правах пациентов № 74/1997 от 28 мая 1997 г., целью этого закона является «обеспечение конкретных прав пациентов в соответствии с общими правами человека и гарантиями охраны человеческого достоинства.

Таким образом, отсутствие в ФЗ «ОБ ОСНОВАХ...» РФ положений о признании, охране и защите достоинства личности пациента умаляет достоинства самого закона.

Статья 8. *«Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья»* в проекте ФЗ «ОБ ОСНОВАХ...» отсутствовала и была внесена под влиянием общественного мнения.

«Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных и других мер, гарантирующих социальное обеспечение, в том числе за счет средств обязательного социального страхования, определения потребности гражданина в социальной защите в соответствии с законодательством Российской Федерации, в реабилитации и уходе в случае заболевания (состояния), установления временной нетрудоспособности, инвалидности или в иных определенных законодательством Российской Федерации случаях.»

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

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

2. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут в пределах своих полномочий ответственность за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации.»

В общественном сознании стойко закрепился миф о сугубо личной ответственности врача за некачественную медицинскую помощь.

Происхождение мифа - традиционное представление граждан о том, что лицом, оказывающим помощь пациенту, является лишь медработник, он и должен нести ответственность в случае ее некачественности. На самом деле, в государственном здравоохранении истинным (с точки зрения закона) субъектом оказания медицинской помощи (и субъектом ответственности) является государство в лице своего медицинского учреждения.

С принятием второй части Гражданского Кодекса России (1996 г.) существенно изменились правовые основания взаимоотношений государства с гражданином.

Государство ныне является равным субъектом права, способным нести ответственность, точно так же, как юридические и физические лица (ст. 124 ГК РФ). Абсолютное большинство медицинских учреждений - это собственность государства. За причинение вреда некачественной медицинской помощью гражданско-правовую ответственность перед пациентом несет не медработник, а юридическое лицо, которое является его нанимателем. Именно наниматель обязан обеспечить своего работника всем необходимым для нормального осуществления трудовой деятельности (ст. 1068 ГК). Нанимателя (медучреждение) всем необходимым для нормальной деятельности обязан обеспечить собственник (государство).

Врач, в абсолютном большинстве случаев, - это наемный работник, выполняющий предписанные ему работодателем функциональные обязанности. Он может действовать только в пределах данных ему квалификации, места, времени, условий, лекарственного и технического оснащения, уровень которых определяется приоритетами государственной политики в сфере охраны здоровья. Итоговое состояние качества медицинской помощи определяют не столько работники, сколько их работодатели. Работник несет ответственность только в случае, если в пределах предоставленных ему возможностей он проявил профессиональную небрежность, причинившую вред здоровью или жизни пациента. Государство же должно нести ответственность в случае невыполнения своей обязанности по обеспечению достаточного уровня оказания медицинской помощи. Уровень этот определен в ФЗ «Об Основах...» в виде стандартов качества медицинской помощи.

Проблема стандартов качества медицинской помощи является для пациентов и врачей ключевой, поскольку именно стандартизации является гарантией безопасности медицинских услуг для жизни и здоровья граждан.

В соответствии со статьями 14 и 37 ФЗ «Об Основах...» государство (в лице Минздрава) обязано установить стандарты качества медицинской помощи и контролировать их соблюдение. Это объем обязанностей здравоохранения по отношению к своим пациентам.

Пока сами медработники, также как и их пациенты, зачастую, просто не знают, какая медицинская помощь в данном государстве является качественной (соответствующей стандартам), а какая нет. Отсутствие стандартов также позволяет государству финансировать здравоохранение не в соответствии с необходимым перечнем медицинских услуг, а по остаточному принципу.

4. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи

Понятие «приоритет» (от лат. *prius* — первый) означает первенство в чем-то над чем-то или кем-то. Понятие «приоритет интересов» предполагает, прежде всего, констатацию и обозначение того, над чем устанавливается приоритет. Уже для Гиппократы это была одна из важнейших позиций в Клятве врача: «Я направляю режим больных к их выгоде... В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедного и пагубного». В профессиональной этике вопрос о приоритете — это констатация приоритета интересов пациента над интересами врача, оказывающего медицинскую помощь.

В связи с особенностями развития современной медицинской науки, а также в связи с феноменом «фашистской медицины» в международном праве вопрос о приоритете — это констатация приоритета пациента над интересами науки и общества. В Конвенции о

правах человека и биомедицине (Совет Европы, 1996) четко формулируется: «Интересы и благо отдельного человека преобладают над интересами общества или науки».

В новом законе говорится о приоритете соблюдения этических норм, а также уважительном и гуманном отношении со стороны медицинских работников, но не говорится о том, что со стороны пациентов медицинские работники должны ожидать такого, же отношения (Рис. 4.1).

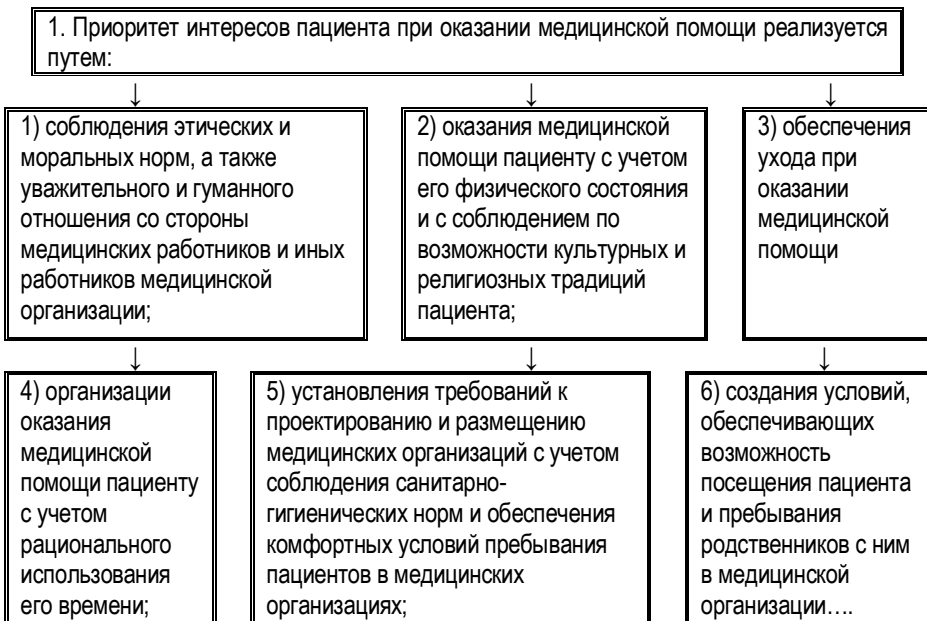


Рис. 4.1. Ст. 6 ФЗ «Об основах...» - Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.

Упоминание об этике есть и в статье 73. «*Обязанности медицинских работников и фармацевтических работников - 1. Медицинские работники и фармацевтические работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами **медицинской этики и деонтологии***».

И все. В Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан, принятых в 1993 г., была статья, регламентировавшая существование этических комитетов в лечебных учреждениях. В новом Законе такой статьи нет. Более того, в нем отсутствует само понятие «этический комитет».

В то же время в недавно принятом Законе РФ «Об обращении лекарственных средств» предусмотрено существование «совета по этике».

Традиционно сложилось так, что пациент в нашем здравоохранении обладает правами, а врач — обязанностями. Это уродливое соотношение, но оно реально существует. Врач не имеет права критиковать пациента или применять к нему какие-то санкции, кроме отказа в выписке листка нетрудоспособности в случаях нарушения режима. Но будем откровенны — если у врача не будет возможности хотя бы иногда

кому-то пожаловаться на пациентов, синдром эмоционального выгорания ему обеспечен. Так вот именно в этическом комитете могут выслушать, объяснить, предотвратить возможные негативные последствия.

Вообще этические вопросы в новом законе представлены несколько некорректно. Так, статья 73 «Обязанности медицинских работников и фармацевтических работников» содержит пункт: «Медицинские и фармацевтические работники осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии».

Вообще-то этика состоит из двух частей: аксиологии и деонтологии, поэтому выражение «этики и деонтологии» можно расшифровать как «аксиологии, деонтологии и деонтологии».

5. Приоритет охраны здоровья детей

Положение о приоритете охраны здоровья детей детализировано в статье 7 (Рис.5.1).

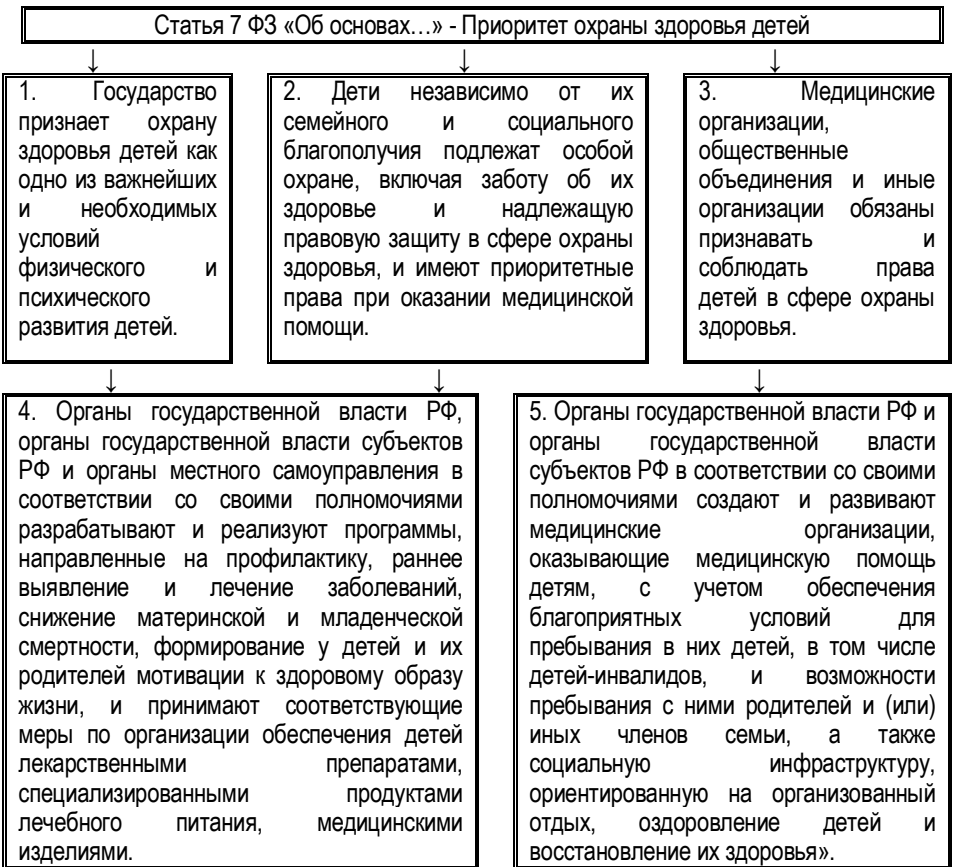


Рис. 5.1. Приоритет охраны здоровья детей.

В каком положении сегодня находятся российские дети и семьи с детьми? Сколько из них живут в бедности и испытывают лишения? Как отразилась государственная политика последних лет на благополучии детей и семей с детьми? Каков уровень смертности и заболеваемости среди детей и подростков в России по сравнению с европейскими странами? Как учитывается мнение детей при принятии решений, затрагивающих их интересы?

Эти и многие другие вопросы рассмотрены в докладе Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) и Независимого института социальной политики "Анализ положения детей в Российской Федерации: на пути к обществу равных возможностей" (февраль-март 2012 г.).

Особое внимание в докладе уделено вопросам социальной справедливости и создания инклюзивного общества, дающего возможность полноценного развития всем без исключения детям. Общеизвестно, что социально незащищенные дети - дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, оставшиеся без попечения родителей, дети-мигранты, дети с ограниченными возможностями здоровья - нуждаются в особой заботе общества

Некоторые статистические данные из доклада:

В Российской Федерации сейчас проживает около 26 млн. детей, т. е. на 7,5 млн. меньше, чем в 2000 г.

В России 23,3% неполных семей.

Около 18% семей с детьми являются бедными по 2 из 3 критериям бедности (реальный доход, лишения, субъективная оценка), уровень бедности среди детей составляет 29,5%.

Каждая 7-я полная семья с одним ребенком в 2009 г. не смогла преодолеть черты бедности.

В самом уязвимом положении с точки зрения бедности находятся дети в возрасте 1-2 лет и дети из многодетных семей.

Около 28% семей с детьми до 14 лет испытывают один из видов семейного неблагополучия.

Реформы детских и материнских пособий 2007 г. оказали слабый эффект на уровень жизни семей с детьми, за исключением узких целевых групп (с детьми до полутора лет).

Семьи с детьми не стали приоритетной целевой группой антикризисной программы Правительства РФ, стартовавшей 2009 г.

Распространённость механизма лишения (а не ограничения) родительских прав создает риски социальной исключенности детей.

Число детей, оставшихся без попечения родителей и воспитывающихся в интернатных учреждениях, составляет более 140000, и за последние 10 лет оно практически не снижалось. Для этих детей крайне высок риск социальной дезадаптации и противоправного поведения.

В докладе представлены конкретные рекомендации по тому, как обеспечить такую заботу, и какие меры надо принять для усовершенствования системы защиты детей и семей с детьми в России.

Положение и политика в области защиты здоровья детей.

Основные факты:

За последние 15 лет показатели смертности детей до 5 лет и до года снизились более чем в 2 раза. Между тем, эти показатели все еще как минимум в 2 раза превышают средние по странам ЕС.

Уровень младенческой смертности в Российской Федерации в 3,5 раза выше, чем в странах ЕС.

Показатели смертности подростков практически не снижаются. Среди причин смерти подростков 75% приходится на внешние причины - травмы и отравления.

Уровень самоубийств среди подростков в 4 раза выше, чем в странах ЕС.

На протяжении последних 20 лет наблюдается рост заболеваемости детей по всем классам болезней. Среди детей в трудных жизненных ситуациях и детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях, всего 4% могут считаться здоровыми.

Пораженность детей и подростков инфекциями, передающимися половым путем, гораздо выше, чем в среднем среди населения. Наиболее высока заболеваемость среди девочек-подростков 15-17 лет.

Россия переживает самую масштабную ВИЧ-эпидемию в Европе. Наиболее высок риск заражения ВИЧ-инфекцией в возрастной группе 15-29 лет.

За период 2000-2009 гг. число детей в возрасте до 14 лет, состоящих на учете в связи с алкоголизмом, выросло в 1,6 раза, число подростков 14-18 лет - в 1,5 раза.

По данным ВОЗ, Россия находится на 4 месте в мире по распространенности табакокурения среди подростков (курильщиками являются более 30% мальчиков и 17% девочек в возрасте 15-18 лет).

Положение детей в России улучшается, но вопросы социальной исключенности все еще стоят очень остро. Доклад "Анализ положения детей в Российской Федерации: на пути к обществу равных возможностей" - это предпринятая Независимым институтом социальной политики и Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) попытка внести вклад в общенациональное обсуждение этих вопросов.

6. Доступность и качество медицинской помощи. Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи.

Анализ положений статьи 10 ФЗ «Об основах...». «Доступность и качество медицинской помощи» (Рис. 6.1) и статьи 11 «Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи» (Рис. 6.2) требует обращения к состоянию здравоохранения в целом.

Бытует мнение, что низкооплачиваемый специалист способен и должен ответственно выполнять высококвалифицированную работу. Также существует миф о том, что только повышением оплаты труда можно решить проблемы его качества.

Происхождение первого мифа обусловлено попыткой неоправданного распространения на всех медработников альтруистических качеств, свойственных части представителей этой профессии. Сказывается и многолетняя экономически и политически выгодная государству эксплуатация образа медицины как сферы бескорыстной и самозабвенной деятельности. Уже много десятилетий медработникам России государством предлагается жить и работать в режиме «светя другим, сгорайте сами». Последствия многолетней жизни данного мифа и для медработников, и для их пациентов скорее отрицательны, нежели положительны. Из-за нежелания государства адекватно оплачивать профессиональную деятельность высшей категории сложности, сегодня имеется большое количество некомпетентных, зависимых, недовольных своей участью и пациентами работников здравоохранения. Углубляется феминизация отрасли, происходит резкое расслоение медиков, как по уровням доходов, так и по качеству работы. В государственном секторе здравоохранения сформировался значительный теневой рынок. В нем активно используются и без того недостаточные ресурсы «бесплатной» медицинской помощи.

На самом же деле, медицина в лице своих работников имеет представительство основных типов людей, живущих в обществе. В процессе осуществления ими профессиональной деятельности проявляется все многообразие мотивов, человеческих ценностей и жизненных интересов.

Понимание неадекватности данного мифа действительности должно заставить пациентов свыкнуться с мыслью о том, что высококвалифицированный труд не может быть низкооплачиваемым, как бы государству этого не хотелось. Вероятность того, что низкооплачиваемый специалист способен ответственно выполнить высококвалифицированную работу, достаточно низка в любой области человеческой деятельности.

Отсюда вывод - дешевая рабочая сила в сфере медицинской помощи совсем небезопасный для пациента способ экономии государственных средств.

К данному мифу тесно примыкает другой, на основании которого многие люди считают, что одного повышения оплаты труда будет достаточно для того, чтобы медработники начали работать качественно и ответственно. Отсюда также происходит и готовность пациента платить врачу, даже не разобравшись предварительно, какого уровня он специалист.

Человечество знает всего три причины заставляющих людей хорошо делать свое дело - это *материальные* стимулы (экономический фактор принуждения), *страх и совесть* (внеэкономические факторы принуждения). При использовании слова «страх», в первую очередь, имеется ввиду понимание человеком неизбежной ответственности за небрежный или недобросовестный труд.

Именно закон напоминает людям о том, что при нарушении установленных правил деятельности они подвергнутся вполне конкретному наказанию - юридической ответственности. Исторический опыт человечества показывает, что из всех трех факторов, влияющих на качества труда, самым эффективным является действующий закон. Рассчитывать же на то, что в столь массовой профессии, как медицинская «совесть лучший контролер» - это иллюзия.

Точно такой же иллюзией является и представление о том, что качество работы повышается пропорционально росту ее оплаты. Только совместное и гибкое использование (1) правового регулирования (ответственности), (2) материального стимулирования и (3) внутренних стимулов к труду способны создать условия, когда его результаты в своей массе смогут удовлетворять большинство.

Сегодня в здравоохранении первый и второй факторы практически не используются, третий же государством достаточно беззастенчиво эксплуатируется. Отсюда и соответствующее используемым методам управления качество медицинской помощи.

Еще один миф о том, что профессиональный уровень российских врачей ничуть не хуже, чем врачей зарубежных.

Он сформировался путем необоснованного перенесения на все разделы медицинской помощи несомненных успехов и большого опыта российской военной медицины. Правильнее, все-таки, говорить о том, что уровень некоторых российских специалистов не уступает уровню зарубежных врачей.

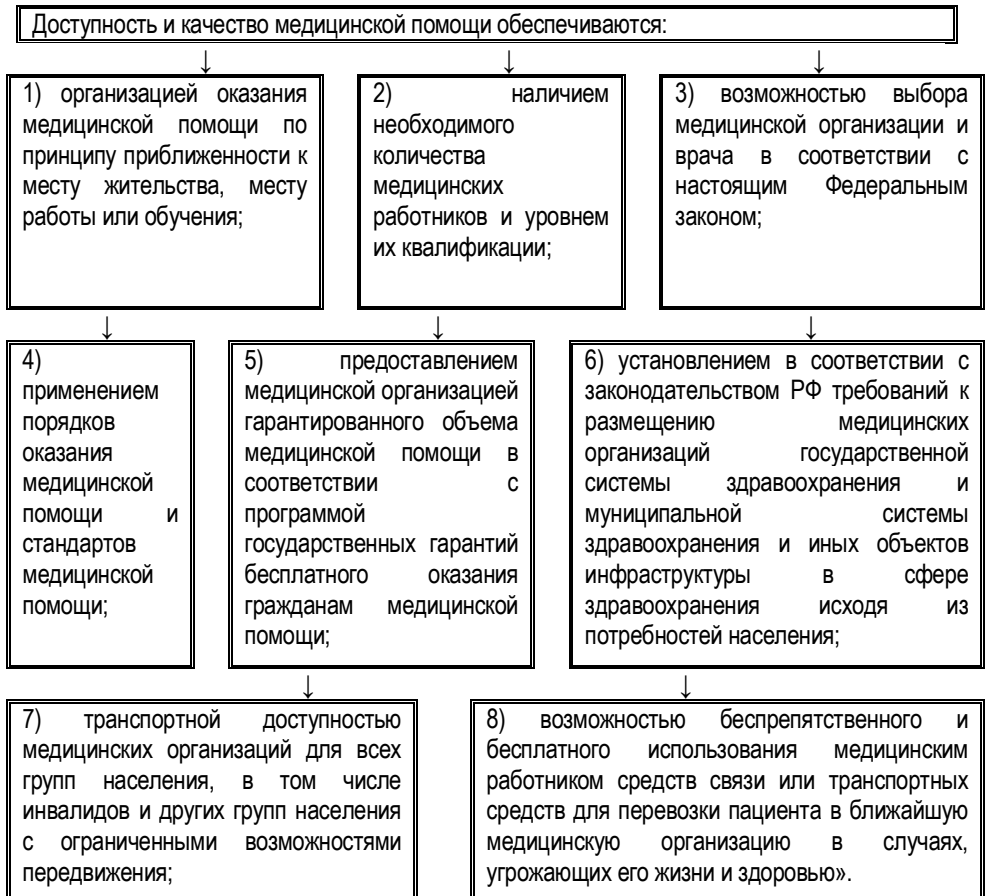


Рис. 6.1. Ст. 10 ФЗ «Об основах ...» - Доступность и качество медицинской помощи.

В последние десятилетия принципиально изменился характер задач, которые приходится решать здравоохранению. На смену векам войн и эпидемий пришла эпоха сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Их ранняя диагностика и эффективное лечение требуют не столько массового производства врачей, сколько обучения высококлассных специалистов и оснащения их достаточным количеством современной медицинской техники, расходными материалами и эффективными препаратами. Российские врачи в своей массе, в отличие от зарубежных коллег, гораздо меньше читают медицинской литературы (при 650 000 врачей подписные тиражи ведущих российских медицинских журналов редко превышают 15 000), не владеют методами доказательной медицины. Большинство наших специалистов не пользуются Интернетом, системами телекоммуникаций, не имеют возможности выезжать на симпозиумы и встречаться для обмена опытом с коллегами из других стран. В России это удел крупных ученых, за рубежом - практика рядовых врачей. При стремительном развитии науки и техники наблюдается прогрессирующее отставание российского здравоохранения от среднемирового уровня.

Характер запрета	Условие	Субъекты
Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи и взимание платы за ее оказание.	1. По программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.	Медицинская организация, участвующая в реализации этой программы, и медицинские работники этой организации.
	2. Медицинская помощь в экстренной форме.	Медицинская организация и медицинский работник (оказывается гражданину безотлагательно и бесплатно).
Ответственность в соответствии с законодательством РФ за отказ в оказании медицинской помощи и взимание платы за ее оказание.	3. Виды ответственности: - гражданско-правовая (материальная); - дисциплинарная; - административная; - уголовная.	Медицинские организации и медицинские работники.

Рис. 6.2. Статья 11 ФЗ «Об основах ...» - Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи.

По сведениям Всемирной Организации Здравоохранения, основные параметры здоровья населения и показатели состояния системы здравоохранения России находятся на уровне латиноамериканских стран (131 место в мире). Высококвалифицированные кадры и современная техника концентрируются в относительно небольшой группе региональных центров и федеральных клиник. Сообщениями оттуда средств массовой информации и формируется мифологизированный образ современного российского здравоохранения, как системы работающей на уровне близком к мировым стандартам.

Учет несоответствия этого мифа действительности призван способствовать более активному использованию пациентами своего права выбора медицинского учреждения и врача. Выбор пациента должен основываться на полноценной информации о квалификации специалистов и об уровне технического и лекарственного оснащения того или иного учреждения.

Следует сказать о мифе полной безопасности сферы медицинской помощи, который сформировался на основе закрытости для обсуждения - как в профессиональной печати, так и в средствах массовой информации СССР (а затем России) - проблем безопасности пациентов. На самом же деле, причинение вреда жизни и здоровью при оказании медицинской помощи - объективная реальность, связанная со стремительным развитием науки и техники, созданием новых мощных фармакопрепаратов, совершенствованием медицинских технологий, массовым характером медицинских услуг и клинических испытаний их новых вариантов. Из всех случаев причинения вреда около 25% обусловлено профессиональной небрежностью. Однако пока ни первое, ни второе у нас в стране не подлежат официальному учету. Подобная позиция государственного здравоохранения имеет чисто идеологические основания, но никак не заботу о спокойствии пациента, чем иногда пытаются оправдать отказ от обсуждения этих фактов. Классическая конструкция примерно такова «...граждане не должны сомневаться в том, что именно наше здравоохранение - самое безопасное. Оно в процессе своей работы не может причинить

вред пациенту. Те же, кто стремятся публично обсуждать эти вопросы, наносят удар по самому святому - по доверию пациента к врачу». Существенным фактором является экономическая выгода замалчивания этой проблемы. Значительно дешевле платить человеку минимальную пенсию по инвалидности, чем возмещать ему вред в полном объеме, предусмотренном Гражданским Кодексом.

Вероятно, по этой причине, статистический учет фактов случайного причинения вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических процедур у нас в стране не предусмотрен, хотя данный раздел уже более сорока лет существует в МКБ (Международной классификации болезней) и используется всеми странами (кроме России), входящими во Всемирную организацию здравоохранения. С каждым пересмотром МКБ (один раз в десять лет) данный раздел расширяется, на 2000 год в него включено около ста причин (видов) причинения вреда пациенту при оказании медицинской помощи, в научной литературе таковых известно около 400. Знакомство граждан с проблемой причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи должно способствовать более активному использованию ими комплекса своих прав. Права пациента исходно предназначены именно для обеспечения каждым человеком максимального уровня личной внутренней и внешней безопасности.

7. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья, соблюдение врачебной тайны

Согласно ст. 12 ФЗ «Об основах...» - «Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:

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

Одной из гарантий обеспечения прав граждан в области здравоохранения является законодательное закрепление понятия врачебной тайны. Под врачебной тайной понимают «сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении».

То есть, не подлежат огласке сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного, полученные от него самого или выявленные в процессе его обследования и лечения. Причём не подлежат огласке не только данные о самой болезни, но и сведения о функциональных особенностях организма больного, физических недостатках, вредных привычках, особенностях психики и т. п. В ст. 13 ФЗ «Об основах ...» дается понятие «врачебная тайна» и условия ее соблюдения или разглашения (Рис. 7.1).

Понятие	Субъекты, обязанные хранить врачебную тайну	Передача сведений, составляющих врачебную тайну, с согласия гражданина
1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.	2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи.	3. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

Рис. 7.1. Ст. 13 ФЗ «Об основах...», части 1-3 - Соблюдение врачебной тайны.

Неправомерным разглашением врачебной тайны считается умышленное или неосторожное предание огласке медицинским работником такого рода сведений без разрешения больного, в результате чего они стали достоянием посторонних лиц или хотя бы одного лица.

Медицинская и юридическая практика знает неединичные случаи, когда разглашение врачебной тайны являлось причиной суицидальных действий больного. Понятно, что врачебная тайна будет реально обеспечена лишь при условии её сохранения не только врачами, но и другими медицинскими работниками. Хотя ст. 13 и не содержит исчерпывающего перечня лиц, обязанных хранить врачебную тайну, есть основания широко понимать этот термин.

Сюда, кроме врачей, следует отнести медицинских сестёр и младший медицинский персонал (санитаров, регистраторов, медстатистов), технический персонал, обслуживающий медицинские учреждения (секретарей, бухгалтеров), студентов. В этой связи заслуживает внимания предложение некоторых авторов термин «врачебная тайна» заменить термином «профессиональная медицинская тайна». К тому же в ст. 59 записано: *«При оформлении листка нетрудоспособности в целях соблюдения врачебной тайны указывается только причина временной нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина). По письменному заявлению гражданина в листок нетрудоспособности могут вноситься сведения о диагнозе заболевания».*

С согласия гражданина или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам. Прежде всего – должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, использования этих сведений в учебном процессе и в иных случаях.

Опыт цивилизованных стран показывает приоритет правовой категории «личная тайна гражданина» над вторичными, чисто профессиональными понятиями. В связи с

этим, там, даже в пределах одного отделения клиники, врачам запрещено давать информацию коллегам, не имеющим непосредственного отношения к процессу лечения конкретного пациента. Соответствующим образом организован и документооборот. С учетом правовых и организационных реальностей для российского пациента пока выход один - если он заинтересован в защищенности медицинских сведений, об этом необходимо прямо проинформировать врача, так как в обязанностях лечащего врача нет упоминания о врачебной тайне (только в Клятве врача), но есть в обязанностях медицинских работников и медицинской организации.

Статья 73. Обязанности медицинских работников и фармацевтических работников - ...2. Медицинские работники обязаны:

...2) соблюдать врачебную тайну;

Статья 79. Обязанности медицинских организаций -

1. Медицинская организация обязана: ...

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

В ОЗ 1993 г. предусматривалось только 5 причин, по которым возможно разглашение врачебной тайны без согласия гражданина. В новом законодательстве фигурирует уже 10 причин (Рис. 7.2).

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:
1. в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю....;
2. при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;
3. по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;
4. в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему, не достигшему пятнадцати лет или лицу, больному наркоманией, не достигшему шестнадцати лет, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;
5. в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;
6. в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;
7. в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;
8. при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания

медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;
9. в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;
10. в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Рис. 7.2. Статья 13 ФЗ «Об основах ...», часть 4 - Соблюдение врачебной тайны.

Следует подчеркнуть, что в случаях, предусмотренных в п. 3 и 5 ст. 13, обязанность сообщать сведения, составляющие врачебную тайну, как правило, возлагается не на любого врача, а на должностных лиц системы здравоохранения (главных врачей, их заместителей). Обязанность же давать свидетельские показания во время предварительного расследования или суда распространяется на всех без исключения медицинских работников.

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

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

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение основным понятиям, используемым в ФЗ «Об основах...»
2. Перечислите государственные гарантии, обеспечивающие права граждан в сфере охраны здоровья.
3. Назовите основные принципы охраны здоровья согласно статье 5 ФЗ «Об основах ...».
4. Приведите примеры признания, охраны и защиты достоинства личности пациента в законодательстве зарубежных стран.
5. Охарактеризуйте положения статьи 6 ФЗ «Об основах ...».
6. Приведите положения Конституции РФ и других законов РФ, касающихся соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья
7. Назовите пути реализации интересов пациента.
8. Какие общественные объединения и некоммерческие организации, осуществляют свою деятельность в сфере охраны здоровья?
10. Назовите права и обязанности врача, вытекающие из принципа приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.
11. Проанализируйте статьи ФЗ «Об основах ...», свидетельствующие о приоритете охраны здоровья детей в РФ.
12. Назовите медицинские организации, общественные объединения и иные организации обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья.
13. Как осуществляется правовая защита детей в сфере охраны здоровья?
14. Приведите положения кодифицированных законов РФ (УК, ТК, ГК, СК), касающиеся охраны здоровья детей.

15. Охарактеризуйте положения статьи 8 «Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья».

16. Назовите пути реализации социальной защиты граждан в случае утраты здоровья.

17. Охарактеризуйте положения статьи 9 ФЗ «Об основах ...» - «Ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья».

18. Охарактеризуйте положения статьи 10 «Доступность и качество медицинской помощи».

19. Укажите, чем обеспечивается доступность и качество медицинской помощи в РФ.

20. Назовите права и обязанности должностных лиц, вытекающие из принципа ответственности за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья.

21. Охарактеризуйте положения статьи 11 «Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи».

22. Укажите особенности оказания медицинской помощи в экстренной форме.

23. В каких случаях медицинская помощь оказывается бесплатно, а в каких – за плату?

24. Дайте определение понятию «качество медицинской помощи».

25. Проанализируйте статьи ФЗ «ФЗ «Об основах ...», свидетельствующие о реализации принципа доступной и качественной медицинской помощи.

26. Дайте определение понятию «медицинская помощь».

27. Проанализируйте статью 11 ФЗ «ФЗ «Об основах ...» о недопустимости отказа в оказании медицинской помощи.

28. Дайте определение понятию «профилактика».

29. Охарактеризуйте положения статьи 12 «Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья».

30. Укажите, чем обеспечивается приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.

31. Дайте определение понятию «врачебная тайна».

32. Проанализируйте статью 13 ФЗ «ФЗ «Об основах ...», посвященную врачебной тайне.

33. Кто обязан соблюдать «врачебную тайну»?

34. Какие исключения установлены частью 3 статьи 13 «Соблюдение врачебной тайны»?

35. Какие исключения установлены частью 4 статьи 13 «Соблюдение врачебной тайны»?

**Тема: Права пациентов и юридические основы их обеспечения.
Реализация прав пациентов в системе прав человека
на охрану здоровья и медицинскую помощь**

Цель: уяснение и анализ прав и обязанностей врачей и пациентов с позиции права.

План

1. Общая характеристика прав пациента.
2. Право пациента на выбор врача и выбор медицинской организации.
3. Информированное добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства.
4. Право на информацию о состоянии здоровья и факторах, влияющих на здоровье.
5. Иные права пациента.
6. Права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья, права военнослужащих и лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание.
7. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья.

Рекомендуемая литература

Основная

1. Конституция (Основной Закон) Российской Федерации - России.
2. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый 1 ноября 2011 г.
3. Воробьева, Л. В. Медицинское право : краткий курс лекций / Л.В. Воробьева. - Ростов н/Д : Феникс, 2014. - 171 с. (С. 93-112).
4. Леонтьев, О. В. Законодательство России о здравоохранении : учеб. пособ. / О. В. Леонтьев, С. Л. Плавинский. - СПб. : СпецЛит, 2013. - 64 с. (С. 22-38).
5. Основы профессиональной деятельности врача (правовые аспекты). Учебное пособие. Часть 1 [Текст]: /сост. Л.И. Ломакина, В.А. Породенко, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина. Под ред. профессора В.А. Породенко. Кубанский государственный медицинский университет - Краснодар: КубГМУ, 2014. – С. 42-67

Дополнительная

1. 12 принципов предоставления медицинской помощи в любой системе здравоохранения (Приняты 17-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Нью-Йорк, США, в октябре 1963 года, дополнены 35-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, в октябре 1983 года.)
2. Избранные лекции по дисциплине Правоведение [Текст]: /сост. Л.И. Ломакина, В.А. Породенко, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина/ Кубанский государственный медицинский университет – Краснодар ГОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, 2011. – 204 с.
3. Зильбер А.П. Этюды медицинского права и этики /А.П. Зильбер. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 848 с. (С. 29-41).
4. Лопатенков Г.Я. Человек и здравоохранение: правила игры. Пособие для пациентов и их родственников. СПб.- 2002. - 288 с. (Издание третье, переработанное и дополненное)

5. Местергази Г.М. Врач и больной, или по-новому о старом: учебное пособие /Г.М. Местергази; [предисл. акад. РАМН, проф. В.К. Гостищева]. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2008. – 112 с.

1. Общая характеристика прав пациента

Среди всех ценностей, осознанных большинством людей в открытых демократических обществах - права и свободы человека считаются самыми важными.

Принято считать, что *права человека* могут быть:

- дарованы ему Богом,
- определены государством,
- присущи ему от рождения, только потому, что он – человек.

Начиная с 80-х годов утвердилось разделение прав на 3 поколения (Рис. 1.1).

Права человека	Документы
1-е поколение - гражданские и политические права.	Всеобщая декларация прав человека (1948 г.). Региональные соглашения – Европейская Конвенция о защите прав Человека и основных свобод (1950 г.) (право на жизнь, свободу и личную неприкосновенность).
2-е поколение - социально-экономические и культурные права.	Европейская Социальная Хартия, Международный Пакт об экономических, социальных и культурных правах (право на труд, отдых, медицинское обслуживание, социальное обеспечение и т. д.)
3-е поколение - коллективные права – права меньшинств, права народов.	Документы ООН о правах меньшинств, правах народов, региональные международные нормы, Хельсинский процесс, Совещание по безопасности и сотрудничеству в Европе.

Рис. 1.1. Права человека.

Венская Декларация и Программа действий, принятая на Всемирной конференции по правам человека в 1993 г. однозначно определила, что: «Все права человека универсальны, неделимы, взаимозависимы и взаимосвязаны. Международное сообщество должно относиться к правам человека глобально, на справедливой равной основе, с одинаковым подходом и вниманием».

Конституция РФ провозглашает:

«Человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина – обязанность государства».

«Основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения».

Права пациента — это специфические права, производные от общих гражданских, политических, экономических, социальных и культурных прав человека и регулируемые при получении медицинской помощи и связанных с ней услуг или в связи с любым медицинским воздействием, осуществляемым в отношении граждан.

Слово **patient** в переводе с латыни означает «терпеливый, терпящий». До последнего времени понятия «пациент» и «больной» применялись как синонимы.

Вероятно, в связи с лингвистическими истоками, отражающими терпение, впервые

вопрос о необходимости прекращения использования слова *patient* в медицинских учреждениях был поднят на родине этого слова (в Италии). В итальянском парламенте на рассмотрении находится законопроект, который устранил разделение граждан на *patient* (терпеливых) и обычных. Обсуждаемое слово, по мнению парламентариев, должно быть заменено корректным правовым эквивалентом - "гражданин, обратившийся за медицинской помощью".

Согласно ФЗ «Об основах...», пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Несомненно, что обсуждаемый нами термин будет еще долго использоваться по отношению к гражданам России.

Большинство прав пациентов по своей юридической конструкции являются «правами-требованиями». Это означает, что пациент, желающий ими воспользоваться, должен предъявить требование о таком намерении конкретному, обязанному осуществить это требование лицу. Рассчитывать на то, что кто-то из медработников вместо пациента начнет активные правореализационные действия, нет достаточных оснований. Однако существуют исключения. В двух ситуациях пациент вправе ожидать таких действий от медработников (при условии, конечно, что те знают его права и правопослушны).

Статья 22 пункт 3 ФЗ «Об основах...» гласит, что *«В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация».*

Данная законодательная формулировка означает, что сообщение подобных сведений пациенту обязательно во всех случаях, кроме двух прямо указанных в законе. Следовательно, хотя право получить информацию о состоянии здоровья принадлежит пациенту (как право-требование), в случаях неблагоприятного прогноза заболевания сообщение пациенту этих сведений обязательно и при этом инициатива этих действий должна исходить от лица, оказывающего медицинскую помощь.

Статья 20 пункт 1 ФЗ «Об основах...» установила: *«Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи».*

Данная законодательная формулировка означает, что инициатива получения согласия на медицинское вмешательство и все необходимые действия должны идти от лица, предполагающего осуществить вмешательство, а не от пациента.

В предыдущих «Основах» первым правом пациента указывалось **«Право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала (ч. 1 ст. 30 "Основ...")**.

В новом ФЗ «Об основах...» это право удалено, хотя в статье 6 пункт 1 указано, что приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем «соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации».

На первый взгляд, представляется парадоксальным, что с самого начала контакта гражданина с системой здравоохранения законодателем любой страны обращается внимание на необходимость уважительного и гуманного отношения к пациенту. Казалось бы, «самая гуманная из профессий» не может предполагать никакого другого отношения к человеку.

Уважительное отношение к пациенту подразумевает наличие со стороны медицинского и обслуживающего персонала действий, интеллектуальных оценок и эмоциональных реакций, в основе которых лежит осознание важности и сложности для конкретного человека, его семьи и общества в целом произошедшего, того, что заставило человека обратиться за помощью. Гуманное отношение подразумевает учет в действиях медработников того, что перед ними неповторимая, индивидуальная судьба, личность, переживающая и страдающая, не просто организм, а наиболее совершенное творение мыслящей Природы.

Тем не менее, именно в здравоохранении существует ряд специфических обстоятельств, которые необходимо принимать в расчет и распознавать как возможный источник негуманного и неуважительного отношения к пациентам. Некоторые говорят о «профессиональных деформациях личности», но лучше их обсуждать как факторы разнообразной природы, влияющие на характер окружающей пациента медицинской среды. К их числу можно отнести несколько психофизиологических феноменов, учет которых и администраторами здравоохранения, и пациентами способен предотвратить возникновение ряда проблем в этой сфере (Рис. 1.2).

Психофизиологические феномены	Характеристики	
1. Профессиональный взгляд на личность - способность допустить собственное или чужое неуважительное, негуманное отношение к человеку.	«Врач от Бога» Умеет хорошо чувствовать, ценить, учитывать, использовать в лечении неповторимость пациента.	«Врач-ремесленник», Умеет неплохо делать свою работу на уровне соблюдения технологий «ремонта организма», не вникая в «заумные» рассуждения о душе, теле и их Творце.
2. Феномен «привыкания» - защитная психологическая реакция в виде формирования профессиональной толерантности (устойчивости) к виду чужих страданий у спокойного, трезвомыслящего и точного в действиях профессионала.	Крайности проявления	
	Спокойное, доходящее до безразличия, отношение к боли и переживаниям ближних.	Трансформация личности врача в личность неорганизованного невротика при отсутствии защитной психологической реакции

<p>3. <i>Феномен технологизации помощи</i> - унификация последовательных медицинских действий как совокупности медицинских технологий со множеством исполнителей, часть из которых могут не видеть пациента и не общаться с ним. Пациент - объект, организм, типичный, случай, при котором положено осуществление ряда стандартных процедур.</p>	<p>Перед системой оказания помощи задача взгляда на пациента как на уникальную личность (это и есть гуманность) перестает ставиться. Поэтому система становится дегуманизированной. Если отсутствует персональный контакт, то медицинский работник не может учесть всех индивидуальных особенностей пациента. Если личный контакт не важен, отсюда и возможность взгляда на пациента как на организм, на подлежащую ремонту биологическую машину.</p>
<p>4. <i>Феномен «утомленного спасителя»</i>. При многократных и кратковременных контактах с ослабленными физически и психически пациентами может иметь место завышение уровня самооценки у врача и занижение уровня оценки личности пациента, который нередко воспринимается как существо слабое, беззащитное, порой растерянное и зависимое, т. е. «тело с проблемами в определенных частях».</p>	<p>Работа в режиме чередования суточных дежурств, в условиях психоэмоционального напряжения больше 20 часов приводит к тому, что нормальные стереотипы уважительного отношения к человеку у некоторых работников здравоохранения просто не срабатывают. Пациента в этих случаях даже перестают упоминать по фамилии, а просто называют как орган или болезнь.</p>
<p>5. <i>Феномен атмосферы</i> - влияние на поведение персонала личности руководителя. По стилю поведения и общения с пациентами и друг с другом рядовых специалистов можно достаточно точно охарактеризовать профессиональный уровень и человеческие качества руководителя учреждения. В медицине подчиненные в своем поведении очень редко позволяют себе то, что не позволяет себе и другим их начальник.</p>	<p>Бестактность, неуважение к пациентам в медицине не могут ужиться в одних стенах с настоящим профессионализмом. Если с пациентом в медицинском учреждении позволили себе более чем один раз неуважительно обойтись, скорее всего, здесь это общий стиль отношений.</p>

Рис. 1.2. Источники негуманного отношения к пациенту.

2. Выбор врача и выбор медицинской организации

Права пациентов в новом законодательстве открывает право пациента на «1) выбор врача и выбор медицинской организации».

В статье 21 - «Выбор врача и медицинской организации» данное право конкретизируется:

«1. При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном

уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача...».

Существование права выбора в любой сфере услуг является наиболее эффективным стимулом для роста их качества. Наличие у потребителей возможности выбирать формирует конкуренцию производителей. Возможность выбирать приводит и к росту грамотности людей, активно действующих в своем интересе, проявляющемся в том, чтобы получить максимум результата при минимуме затрат.

У пациента системы обязательного страхования (а практически все граждане России имеют полис обязательного медицинского страхования) существует законодательно закрепленная возможность выбора в "горизонтальной плоскости" - среди группы формально однотипных поставщиков медицинских услуг - лечащих врачей, семейных врачей, поликлиник, стационаров. Чтобы сделать выбор, пациенту нужна информация об их деятельности, в первую очередь интерес представляют сведения о деятельности стационаров, где проводятся наиболее значимые для жизни и здоровья пациентов медицинские вмешательства.

Выбор медицинского учреждения.

В пункте 7 статьи 21 ФЗ «Об основах...» указывается, что «При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации».

Это очень важная новация, так как информация о деятельности медицинских учреждений была отнесена Госкомстатом России к сведениям с гарантированной конфиденциальностью.

Однако даже если бы пациенту попали в руки из нескольких больниц такие документы как «Отчет о деятельности медицинского учреждения» (формы №18, №30), сделать вывод о том, в какой из них все-таки лучше лечиться, он бы не смог. Связано это с тем, что Минздрав пока сам устанавливает показатели, по которым отчитываются медучреждения. А показатели эти сугубо "валовые" - количество коек, количество врачей, количество пролеченных пациентов, средний койко-день и т. д., и, наконец, смертность по стационару. Последний показатель, всегда представляемый организаторами здравоохранения как наиболее наглядный показатель качества работы больниц, может даже уменьшаться в периоды ухудшения деятельности системы здравоохранения.

Связано это с тем, что существенная часть пациентов умирает вне медучреждений. Именно по этой причине в официальных отчетах Минздрава можно увидеть цифры и анализ внутрибольничной летальности, но невозможно найти материалы о **структуре смертности внебольничной, в первую очередь, данных о скоропостижных смертях**. Сегодня, как и тридцать лет назад, по официальной статистической форме отчета российского медицинского учреждения выводы о качестве его деятельности (причем, лишь по косвенным данным) может сделать только специалист, и то при условии, если им параллельно будут проанализированы медицинские карты (истории болезней) пациентов.

Наши политики, рядовые граждане и врачи просто не знают о том, что в развитых странах используются принципиально другие критерии оценки деятельности служб здравоохранения. Они действительно базируются на анализе не «валовых», а

качественных показателей работы.

Таким образом, «ФЗ «Об основах...» установил существование права выбора у пациентов, но практические механизмы его реализации для рядовых граждан малопонятны. Существуют критерии более высокой квалифицированности одного из отделений среди ряда отделений городских больниц (если речь идет о большом городе), к ним можно отнести следующие (Рис. 2.1).

Выбор врача. Организационно он более сложен, чем выбор стационара. Сведения о врачах тоже пока не являются общедоступными.

В пункте 2 статьи 21 уточняется право выбора по видам медицинской помощи. Так, «для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, **не чаще чем один раз в год** (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор **не чаще чем один раз в год** (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера **путем подачи заявления** лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации». (То есть, гражданин выбирает не всех врачей, а только перечисленных).

«3. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

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

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

Критерии более высокой квалифицированности отделения медицинского учреждения:
1) отделение имеет статус городского (регионарного) центра по профилю своей деятельности;
2) отделение является клинической базой медицинского ВУЗа;
3) отделение возглавляет известный среди пациентов и врачей специалист;
4) отделение современное и хорошо оснащено;
5) отделение имеет высшую (или первую) аккредитационную категорию.

Рис. 2.1. Критерии выбора медицинского учреждения.

4. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется **по направлению** лечащего врача. Если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Означает ли это, что не сам пациент выбирает, а выбирает лечащий врач и дает пациенту направление?

В то же время, раз пациент имеет право выбирать врача самостоятельно, он может обратиться за помощью к любому доктору, и руководитель лечебного учреждения обязан назначить его лечащим врачом. Если доктор по каким-либо причинам не устраивает пациента, он имеет право высказать ему недоверие и потребовать созыва врачебного консилиума, который коллегиально оценит его состояние. А если пациент потребует от своего лечащего врача подыскать ему замену, то он должен эту замену найти. (Статья 70 ФЗ «Об основах...»).

Действительно важным является и выбор места лечения. Главный критерий для выбора: будущие врачи должны систематически работать с заболеваниями данного типа. Во многих странах врачи не только получают сертификат специалиста, как у нас, но ещё и сдают сложные экзамены на **сертификат врачебной ассоциации**, объединяющей специалистов, например, по хирургии сердца и др.

У нас такой сертификации нет. Но пациент может выяснить, насколько велика и успешна практика специалистов в той больнице, где он предпочитает лечиться.

Реально выбор лечащего врача стационара возможен при плановой госпитализации пациента и при предварительном согласовании этого вопроса с заведующим отделением, куда будет осуществлена госпитализация. По нижеперечисленным критериям (оценка должна даваться с учетом совокупности полученных результатов) можно дать приблизительную оценку квалификации лечащего врача - врача поликлиники, стационара, семейного врача, платного врача, консультанта (Рис. 2.2).

Оценка квалификации лечащего врача (врача поликлиники, стационара, семейного врача, платного врача, консультанта):
1) стаж по специальности, наличие сертификата, предшествующие места работы;
2) врачебная квалификационная категория (высшая, первая), ученая степень (кандидат мед. наук, доктор мед. наук);
3) преподавательская работа и ученое звание (ассистент, доцент, профессор);
4) заведование отделением или специализированным центром;
5) членство в международных медицинских ассоциациях и обществах;
6) зарубежные стажировки;
7) наличие печатных работ, изобретений по специальности;
8) отзывы коллег и пациентов;
9) личное впечатление от общения.

Рис. 2.2. Критерии выбора лечащего врача.

Все вышеизложенное показывает, что реализация столь важного права как выбор - это непростая задача, но в обсуждаемых случаях цель оправдывает все затраты времени и сил. Пока никто кроме самих пациентов не в состоянии сменить привычную, но опасную по своей сути фразу «мне (нам) повезло с врачом» на безопасную – «мы выбрали лучшую больницу и лучшего врача». Всякий труд в этом направлении будет вознагражден лучшим качеством медицинской помощи.

3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

Важнейшим критерием права на медицинское вмешательство является правомерное получение согласия пациента - пункт 1 ст. 20 ФЗ «Об основах...» (Рис. 3.1).

Классическое определение информированного согласия пациента сформулировано Юрием Дмитриевичем Сергеевым, членом-корреспондентом РАМН, профессором, доктором медицинских наук, Заслуженным юристом России, ученым с мировым именем: «Информированное согласие — это добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство, основанное на полученной от медицинского работника в доступной для понимания форме достаточной информации о возможных вариантах медицинского вмешательства, предлагаемых методах диагностики и лечения, а также их последствиях для здоровья».

Впервые сам термин «информированное согласие» появился в 1957 г. в калифорнийских судебных правилах. Следует заметить, что право пациента на участие в принятии решения о медицинском вмешательстве существует сравнительно недавно — история его развития составляет около ста лет.

Критерии права на медицинское вмешательство	
Необходимое предварительное условие	- дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя
Основание	- предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации
Содержание информации о медицинском вмешательстве	- цели, - методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, - возможные варианты медицинского вмешательства, - последствия, - предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Рис. 3.1. Критерии права на медицинское вмешательство.

Как утверждает Джей Катц в популярной в США книге «Безмолвный мир доктора и пациента», раскрытие информации и получение согласия пациента — это обязанности, чуждые медицинской теории и практике. Фактически правовая доктрина об информированном согласии начала формироваться в разных странах в начале прошлого века после принятия судебных решений, признававших право пациента на непосредственное участие в принятии медицинских решений. С этого времени право пациента на согласие на медицинское вмешательство стало не только этической, но и юридической категорией.

Она складывалась следующим образом. Врачебный устав, изданный в 1875 г. и действовавший до революции, не предусматривал норм о согласии пациента. Декрет ВЦИК и СНК РСФСР «О профессиональной работе и правах медицинских работников», принятый 1 декабря 1924 г. и являвшийся основным законодательным актом в области здравоохранения вплоть до 1 июля 1970 г., содержал норму, согласно которой хирургические операции производились с согласия больных, а в отношении лиц моложе шестнадцати лет или душевнобольных — с согласия их родителей или опекуна (ст. 20).

Первого июля 1970 г. вступили в силу Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении, предусматривавшие согласие больного, а в отношении больных, не достигших шестнадцатилетнего

возраста, и психически больных — согласие их родителей, опекунов или попечителей при проведении хирургических операций, сложных методов диагностики, а также при применении новых, научно обоснованных, но еще не допущенных к всеобщему применению методов диагностики, профилактики, лечения и лекарственных средств (ст. 34, 35).

Таким образом, советское законодательство предусматривало право пациента на согласие при проведении отдельных поименованных в законе видов медицинского вмешательства, однако какие-либо указания о предоставлении пациенту необходимой информации отсутствовали.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, принятые 22 июля 1993 г., впервые содержали правило о том, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина (п. 7 ч. 1 ст. 30, ст. 32).

В ныне действующем законодательстве России отсутствует критерий адекватности или полноты предоставляемой информации, позволяющий судить о том, что обязанность исполнителя медицинской услуги, корреспондирующая праву пациента на получение информации, выполнена надлежащим образом.

Практика заключения информированного согласия на лечение обусловлена Гражданским кодексом РФ, ФЗ «Об основах...» и Законом «О защите прав потребителя». Сегодняшняя правовая концепция рассматривает оказание медицинской помощи как сделку между лечебно-профилактическим учреждением и пациентом. Гражданский кодекс РФ прямо указывает, что эта сделка регулируется правилами договора возмездного оказания услуг. При этом даже экстренная бесплатная помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения является возмездной, просто получатель услуги не совпадает с плательщиком — бюджетом. Можно сказать, что первая обязанность врача — полно и достоверно информировать больного о состоянии его здоровья, основанием же для какого-либо вмешательства является предварительное информированное согласие больного. Фактически это согласие является принятием предложенных врачом условий сделки, поэтому важно, чтобы больной понял, что именно, как и почему будет делать врач. Законодатель исходит из того, что больной ничего не знает об услуге, но консенсус должен быть достигнут после его информирования.

Можно условно выделить два основных элемента этого процесса:

- 1) предоставление информации;
- 2) получение согласия.

Особое внимание при информировании уделяется риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть четыре аспекта риска: его характер, серьезность, вероятность и внезапность его материализации. А также - что будет, если не начинать или отложить лечение; охарактеризовать вероятность успешного исхода и в чем конкретно врач видит этот успех; разъяснить вероятные трудности и длительность периода реабилитации и возврата пациента к нормальному для него объему деятельности; предоставить прочие сопутствующие сведения в форме ответов на вопросы или излагая аналогичные случаи из своего опыта, опыта бригады и т. п. Естественно, информация должна быть предоставлена в доступной для пациента форме, на понятном для него языке.

Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врачей принуждения, обмана, угроз при принятии пациентом решений.

Идея получения согласия основана на двух принципах: моральном – взаимоотношения больного как личности и врача; юридическом – определённые действия конкретного больного по предоставлению разрешения.

Получение разрешения даёт основание для появления понятия права больного на самоопределение, которое означает способность и право человека влиять на принятие медицинских решений, касающихся непосредственно его самого. В противном случае действия медицинского работника следует расценивать как насилие над личностью и причинение телесных повреждений.

Необходимо подчеркнуть, что согласие пациента на медицинское вмешательство означает лишь реализацию его права обладать информацией для принятия решения о вмешательстве, и вовсе не означает освобождение исполнителя медицинской услуги от ответственности за ненадлежащее ее оказание.

Другими словами, если пациент согласился на вмешательство, это еще не означает, что лечебное учреждение с этого момента не несет ответственности за последствия лечения; в данном случае подлежат применению общие правила об ответственности за ненадлежащее лечение. Надо всегда помнить сказанное профессором Ю.Д. Сергеевым: «...получение информированного добровольного согласия пациента — это

всего лишь реализация его права, закрепленного законодательно. Необходимо отбросить все иллюзии относительно освобождения от какой-либо юридической ответственности медицинского персонала при получении такого рода «индальгенции» со стороны пациента. При установлении в действиях работников ЛПУ, независимо от его формы собственности, признаков составов преступлений... наличие «добровольного согласия пациента на "все возможные" осложнения не будет основанием для прекращения уголовного преследования».

Часть 2 статьи 20 ФЗ «Об основах...» гласит *«Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:*

1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;

2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

Законодатель установил конкретный возраст – 15 лет, по достижении которого пациент вправе самостоятельно принимать решение без уведомления родителей. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, дают их родители (опекуны).

Незнание данного положения врачами, особенно хирургических специальностей, может привести к негативным последствиям.

Не является законным согласие на лечение, данное лицами, находящимися в таком физическом и психическом состоянии, которое не позволяет им адекватно оценивать обстановку, отдавать отчёт в своих действиях и выражать свою волю. В связи с этим согласие на медицинское вмешательство в отношении граждан, признанных судом недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум врачей, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный)

врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей пациента. Использование данного положения возможно и при решении вопроса о необходимости расширения объёма оперативного вмешательства непосредственно во время операции, когда больной находится под общим наркозом (например, полное, радикальное удаление поражённого органа, ампутация конечности). Безусловно, существенное расширение объёма операции без согласия больного оправданно только в случаях, когда речь идёт о сохранении жизни пациента.

Врачебная практика свидетельствует, что оптимальным вариантом решения данной проблемы будет получение одновременного согласия пациента и на предполагаемый объём операции, и на дополнительное расширенное хирургическое вмешательство, если к этому в ходе операции будут установлены прямые медицинские показания.

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

Многие медицинские организации самостоятельно разрабатывают бланки договоров и информированных согласий. Часто текст договора включает в себя элементы информированного согласия, являясь тем и другим одновременно. Причем договор (в общепринятой письменной его форме) может заключаться или не заключаться, а информированное согласие пациента на лечение должно быть получено абсолютно во всех случаях обращения пациента в государственные, муниципальные или частные медицинские организации.

Много дискуссий вызывает вопрос, как часто нужно спрашивать согласия пациента. Суды считают, что во всех случаях, чреватых сколько-нибудь серьезными осложнениями, инфицированием, изменениями внешнего вида и т. п., например, беременная женщина лечилась у дерматолога по поводу пятен на лице. Врач применил традиционные средства, не учтя беременность, и пятна стали от лечения более яркими. Суд признал врача виновным, так как не усмотрел вообще серьезного повода для лечения, подвергнув беременную ненужному риску. Суды, прежде всего, спрашивают своих экспертов, насколько лечение было необходимо и не влекло ли оно побочных рисков большего значения, чем ожидаемый успех.

Правоведы также во всех случаях выясняют, является ли полученное согласие пациента компетентным, добровольным, основанным на понятной для него информации. Проблема компетентности касается обеих сторон. Врач не должен в своих разъяснениях выходить за пределы своей компетенции. Например, риск при сложном наркозе должен объяснить анестезиолог. Но и каждый взрослый пациент также должен априори считаться юридически компетентным слушателем, если он не имеет ограничений дееспособности и

не находится под острым воздействием алкоголя, наркотиков и т. п.

Предоставляемая пациенту информация должна быть полной и всесторонней. Все это требует от специалиста не только ответственного отношения к данной процедуре, времени и желания, но, что столь же существенно, высокого уровня профессиональной подготовки. В первую очередь, всесторонние и полные сведения обо всех видах вмешательств, возможных при современном уровне развития медицинской науки должен иметь врач. Соответственно, чем более высокий уровень профессиональной подготовки и медицинского кругозора у врача, тем более качественную информацию пациенту он способен (а по закону и обязан!) дать.

Велика и роль личности пациента - чем более активную и заинтересованную позицию в отношении своего здоровья он имеет, чем больше конкретных вопросов задает врачу, тем более исчерпывающую информацию по проблеме собственного здоровья он имеет возможность получить.

Современные пациент и врач уже знают (а настоящие профессионалы активно используют в работе) методы доказательной медицины (evidence based medicine). Доказательная медицина (она же имеет другое название - "медицина, основанная на доказательствах) представляет собой использование для принятия врачебных решений (и для информирования пациентов) накопленных медицинской наукой сведений, полученных в результате целенаправленных исследований по конкретным вопросам.

Хорошо подготовленный специалист, владеющий методами доказательной медицины, обязательно ответит пациенту на его вопросы, причем использует конкретные цифры и факты, например, следующим образом:

...чувствительность данного метода диагностики при Вашем заболевании составляет ... процентов;

...вероятность полного выздоровления после предложенного вмешательства составляет... процентов;

...вероятность осложнений при данном вмешательстве у лиц Вашего возраста не более ...процентов;

...пациенты в ...процентах нуждаются в постоянном приеме лекарств;

...в ...процентах случаев прием этого препарата может вызвать ...;

... предлагаемый Вам метод лечения более болезненный, но, в отличие от других, в ... процентов случаев дает полное восстановление функции;

...средняя продолжительность периода нетрудоспособности предполагаемого при лечении данного заболевания составляет ... дней, и т. д.

Пациент должен учитывать, что на большинство его достаточно простых вопросов современная медицинская наука уже имеет ответы, причем большинство этих ответов известны в точном *количественном* выражении. Проблема заключается лишь в том, знает ли эти ответы выбранный пациентом лечащий врач, а это уже определяется квалификацией последнего. Именно полученные целенаправленными исследованиями точные статистические данные позволяют и врачу, и пациенту принимать решения более взвешенно.

Ежегодно в мире выходят сотни тысяч научных статей в области медицины. Современные поисковые системы (типа MEDLINE) с помощью Интернет позволяют врачу (и пациенту) в любом уголке мира (в том числе и в России) в течение нескольких минут получить бесплатные рефераты статей по интересующей проблеме и дать аргументированные ответы практически на любой вопрос.

Сегодня в мире стиль грамотного пациента становится повседневной реальностью, которая, правда, делает жизнь врачей более беспокойной (зато она же делает качество помощи пациентам более высокой). Активно читающие, заинтересованные в качестве и количестве жизни пациенты являются интересными и эффективными партнерами своих врачей в совместном деле излечения.

Готовясь к разговору с врачом, пациент, в лучшем случае, заранее обдумает, сформулирует и запишет около десятка вопросов относительно предлагаемого ему медицинского вмешательства. Более простым путем может являться использование классической и легко запоминаемой “римской семерки” - что, где, когда, кто, как, чем, зачем?

Например, врачу при обсуждении любого медицинского вмешательства, можно задать следующие вопросы:

- Что произошло с пациентом, что планируется, что принято в подобных случаях делать?

- Где будет производиться вмешательство, где и с какими результатами его лучше всего можно осуществить?

- Когда (в какие сроки, сколь срочно) необходимо произвести вмешательство?

- Кто будет его осуществлять (квалификация), кто из специалистов имеет в этом наибольший опыт и наилучшие результаты?

- Как может и как будет осуществляться вмешательство, как должно оно производиться в соответствии с достижениями современной науки?

- Чем отличается данное вмешательство от других видов вмешательств, используемых в подобных случаях? Чем пациент рискует при данном виде вмешательства?

- Зачем оно необходимо (планируемые положительные результаты и последствия)?

В части 3-7 ФЗ «Об основах...» статьи 20 предусмотрено право на отказ от медицинского вмешательства (Рис. 3.2).

Принцип свободы выбора больного, проявляющийся в отказе от любого вмешательства в его организм, даже если это единственная возможность избежать смерти, является фундаментальным. Он даёт человеку абсолютное право на отказ от предложенной лечебной процедуры (по причинам философским или религиозным, объяснения которых от него не требуется). Такой отказ должен приниматься во внимание при любых обстоятельствах.

Часть 9 статьи 20 регламентирует медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя, которое допускается:

«1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);

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

3) в отношении лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами;

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

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

психиатрической экспертизы.

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

1) в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 настоящей статьи, - консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство;

Имеет право	Гражданин Один из родителей или иной законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным
Условие	если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.
Гражданину, одному из родителей или иному законному представителю, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа.	
При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни	- медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица.
Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным	- извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.
Несовершеннолетние, больные наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет и иные несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора	- дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
Оформление отказа	- в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

Рис. 3.2. Отказ от медицинского вмешательства или требование его прекращения

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

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

4. Право на информацию о состоянии здоровья и факторах, влияющих на здоровье

Право пациента на информацию разъяснено в статье 22 ФЗ «Об основах...» «Информация о состоянии здоровья» (Рис. 4.1)

Таким образом, пациент имеет право на получение исчерпывающей информации буквально обо всём, что касается предстоящего лечения. Человек может распоряжаться собою только в том случае, если у него достаточно сведений для того, чтобы принять правильное решение. Поэтому закон обязывает врача предоставлять больному всю необходимую информацию.

Ст. 22 ООЗ «Информация о состоянии здоровья»	
«1. Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе	
1)	сведения о результатах медицинского обследования;
2)	о наличии заболевания;
3)	об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания;
4)	о методах оказания медицинской помощи;
5)	о связанном с ними риске;
6)	о возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях;
7)	о результатах оказания медицинской помощи.

Рис. 4.1. Право на информацию.

Многие люди согласны с мнением врачей и не хотят знать всего о своей болезни. По данным социологических опросов, число пациентов, не заинтересованных в получении информации на эти темы, достигает в России 60%. Это их право, и закон обязывает врача не сообщать таким пациентам сведения, которые они не хотят получать. Законодатель оправданно смещает акцент именно на право пациента знать (или не знать!) об истинном характере и прогнозе развития заболевания, а не на обязанность врача давать такую информацию по собственной инициативе.

Однако, в случае неблагоприятного прогноза врач (по собственной инициативе) обязан в деликатной форме (т. е. после психологической подготовки) сообщить об этом пациенту или его законным представителям (Рис. 4.2).

У пациента есть право непосредственного знакомства с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получения консультации по ней у других специалистов.

Речь идет о доступе пациента к документированной информации о состоянии его здоровья, диагнозе, процессе обследования и лечения путем **непосредственного** знакомства с содержанием истории болезни.

Информация о состоянии здоровья	
Кому предоставляется	Пациенту
	Законным представителям граждан, признанных недееспособными, лиц, не достигших пятнадцати лет и лиц, больных наркоманией, не достигших шестнадцати лет.
Кем предоставляется	Лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении.
Условие	Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли.
В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания	
Форма	Информация должна сообщаться в деликатной форме.
Кому предоставляется	Гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам),
Условие	Если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.
Пациент либо его законный представитель	
Имеет право	- непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.
Имеет право на основании письменного заявления	- получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.

Рис. 4.2. Право на информацию о состоянии здоровья.

Тем самым, **во-первых**, создана возможность осуществлять контроль качества любых стадий лечебно-диагностического процесса путем привлечения независимых специалистов. **Во-вторых**, пациент вправе, ознакомившись с содержимым истории болезни, как требовать ее дополнения существенными, не отраженными там сведениями, так и настаивать на том, чтобы конфиденциальные сведения, полученные от него и внесенные в историю врачом, если они не имеют отношения к сути медицинской ситуации, были из данного документа устранены. **В-третьих**, пациент (представитель), знакомясь с содержанием истории болезни, способен сделать выводы о том, насколько тщательно ведется этот документ и в какой мере отражает динамику состояния больного.

По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны”. Особое внимание необходимо обратить на то, что в законе конкретизирована форма предоставляемой пациенту документации - “по требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов”, именно **копии**, а не краткие выписки в виде нескольких строчек в выписной справке. После завершения обследования и лечения целесообразно и законно использование пациентом своего права на получение полной

копии истории болезни, которая содержит существенно больше информации, чем традиционная (более удобная для учреждения, чем для гражданина) выписная справка.

Очень значимый момент обсуждаемого права - это возможность привлекать к анализу качества проводимого обследования и лечения независимых специалистов. Она осуществляется, в первую очередь, путем консультирования у «внешних» экспертов истории болезни. Это эффективный и общераспространенный в мире способ участия пациента в текущем (= своевременном) контроле качества лечебно-диагностического процесса. Подобный подход обычно называют «использованием второго мнения».

Право на получение консультаций врачей-специалистов существенно расширяет возможности влияния пациента на качество обследования и лечения.

В части 2 Статьи 70 указано, что *«Лечащий врач организует своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии его здоровья, по требованию пациента или его законного представителя приглашает для консультаций врачей-специалистов, при необходимости созывает консилиум врачей...»*.

Юридическая конструкция части второй статьи 70 «ФЗ «Об основах...» «..обязывает врача в случае просьбы пациента созвать консилиум и (или) организовать проведение консультаций других специалистов. Существенно, что под понятие “другие специалисты” подпадают и специалисты любых других медицинских учреждений системы здравоохранения - специалисты диагностических центров, профильных федеральных клиник и т. д., причем их услуги для пациента должны быть бесплатными. Следовательно, в случаях неудовлетворенности качеством лечебно-диагностической помощи пациент имеет право настаивать на том, чтобы лечащим врачом (зав. отделением, главным врачом, руководителем органа управления здравоохранением и т. д.) была организована необходимая консультация (= обследование, госпитализация) в специализированном медицинском учреждении. Отказать пациенту в этом не могут, поскольку подобное бездействие будет нарушением части 2 статьи 70.

5. Иные права пациента

Кроме вышеперечисленных, к правам пациента относятся: право на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; право на защиту сведений, составляющих врачебную тайну; право пациента на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи; право пациента на допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав.

Право на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям. Какие требования может предъявлять пациент к условиям оказания ему медицинской помощи? Что сегодня государство в лице Минздрава понимает под “соответствующими санитарно-гигиеническими требованиями”?

Вплоть до конца 1998 года ситуация определялась совместным Приказом МЗ РФ №12 и Федерального фонда ОМС от 19.01.98 г., в соответствии с которым “основными требованиями к условиям оказания медицинской помощи являются строительные нормы и правила, санитарные правила и гигиенические нормативы, требования к оснащению медицинской техникой и изделиями медицинского назначения, необходимыми для выполнения манипуляций и процедур, согласно технологическим требованиям к их выполнению”.

Билль о правах пациента

Уважаемый доктор!

Пожалуйста, не скрывайте от меня диагноз. Мы оба знаем, для чего я к вам обратился. Я хочу выяснить, что со мной: рак или какая-то другая серьезная болезнь. Если я буду знать, что у меня, я буду знать, с чем я сражаюсь, и страха станет меньше. Если вы будете скрывать название болезни и результаты обследования, вы лишите меня шанса помочь самому себе. Пока вы раздумываете, стоит ли мне говорить об этом, я уже знаю. Может быть, вы будете лучше себя чувствовать, если не скажете мне, но ваш обман мне вредит.

Не говорите мне, сколько я проживу! Только я один могу решить, сколько я собираюсь жить. Мои желания, мои цели, мои ценности, мои силы, моя воля к жизни – вот из чего будет складываться это решение.

Объясните мне и моей семье, как и почему я заболел. Помогите мне и моей семье жить сейчас. Расскажите мне о правильном питании и других потребностях моего тела. Научите меня справляться со всей этой информацией, а мой ум и тело – сотрудничать друг с другом. Исцеление приходит изнутри, но я хочу объединить наши силы. Если мы с вами будем в одной команде, я буду жить дольше и лучше.

Доктор, не позволяйте, чтобы ваши отрицательные ожидания, ваши страхи и проекции влияли на мое здоровье. Не мешайте мне выздоравливать вопреки нашим ожиданиям. Дайте мне шанс стать исключением из вашей статистики.

Расскажите мне о своих представлениях и методах лечения и помогите мне соединить их с моими. Однако помните, что самое важное – это мои представления. Если я во что-то не верю, оно мне не поможет.

Вы должны узнать, что моя болезнь означает для меня – смерть, боль или страх перед неизвестностью. Если я верю в нетрадиционные, официально не признанные методы лечения, не бросайте меня. Пожалуйста, постарайтесь изменить мои представления, будьте терпеливы и ожидайте изменения. Оно может произойти, когда я буду в отчаянном положении и мне будет очень нужно ваше лечение.

Доктор, научите меня и мою семью жить с этой проблемой, когда вас нет рядом. Найдите время, чтобы ответить на наши вопросы и уделяйте нам внимание, когда мы в этом нуждаемся. Это важно, чтобы я мог свободно разговаривать с вами и задавать вам вопросы. Я проживу дольше, и моя жизнь будет более осмысленной, если мы с вами сможем создать значимые отношения. Вы нужны мне, чтобы достигнуть новых целей в моей жизни.

Говоря проще, когда пациент попадает в медицинское учреждение, там, кроме работников, стен, коек, стульев, столов и авторучек, должно быть необходимое медицинское оборудование. С сентября 1998 года из Устава Федерального фонда ОМС исключены вопросы деятельности его по защите прав пациентов, а Правление Федерального Фонда ОМС (организации до этого момента независимой от Минздрава), в соответствии с Указом Президента, стал возглавлять министр здравоохранения.

Сразу после этого совместным приказом МЗ РФ и Федерального Фонда ОМС (от 16 октября 1998 года) представление об условиях оказания медицинской помощи в системе ОМС было существенно изменено - теперь в характеристике условий оказания помощи нет ни слова о том, что к таковым относятся требования оснащения медицинской техникой и

изделиями медицинского назначения.

К ним в больничных учреждениях относятся только:

- наличие очереди на госпитализацию;
- размещение больных в палатах на 4 и более мест;
- обеспечение больных, рожениц и родильниц лечебным питанием...;
- возможность одного из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей находиться вместе с больным ребенком.

Это означает, что объем установленных на уровне нормативных документов обязательств перед пациентом в разделе условий оказания медицинской помощи государство для себя сделало более чем скромным. Положено: очередь, палата на 4 и более мест и питание.

Вопрос же о том, есть или нет в больнице медицинское оборудование, гражданам предлагается не обсуждать, ибо оно по ныне действующему приказу Минздрава к условиям оказания помощи уже не относится. При отсутствии в здравоохранении четких стандартов оказания помощи, при отсутствии понятных критериев оценки качества работы медицинских учреждений, государство пока гарантирует лишь процесс медицинской помощи, и то в весьма скромных условиях.

И ныне действует ПРИЛОЖЕНИЕ к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации и федерального фонда ОМС от 19.01.98 №12/2 «Основные положения стандартизации в здравоохранении», в котором к основным задачам в области стандартизации в здравоохранении отнесено: установление требований к условиям оказания медицинской помощи, эффективности, безопасности, совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, инструментов, материалов, медикаментов и других компонентов, применяемых в здравоохранении, а в структуру системы нормативных документов по стандартизации включена группа 3 «Требования к техническому оснащению учреждений здравоохранения» и группа 6 «Санитарно-гигиенические методы контроля».

К основным направлениям развития стандартизации в здравоохранении отнесена регламентация требований к условиям оказания медицинской помощи.

Основными требованиями к условиям оказания медицинской помощи являются строительные нормы и правила (СНиПы), санитарные правила и гигиенические нормативы, требования к оснащению медицинской техникой и изделиями медицинского назначения, необходимыми для выполнения манипуляций и процедур, согласно технологическим требованиям к их выполнению.

Требования к медицинской технике и изделиям медицинского назначения, нормативные документы по эксплуатации, ремонту, техническому обслуживанию и метрологическому обеспечению позволяют реализовать задачу обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи населению.

Право на защиту сведений, составляющих врачебную тайну. В предшествующих «Основах законодательства Союза ССР о здравоохранении» (1969 г.) не было сформулировано право пациента на сохранение в тайне информации о состоянии его здоровья. Существовала лишь обязанность медицинских работников «...не разглашать сведения о болезнях, медицинских обследованиях (освидетельствованиях) интимной и семейной жизни граждан» (Статья 16. Обязанность сохранять врачебную тайну). При этом законодательство не предусматривало ответственности ни медработников, ни должностных лиц за разглашение подобных данных. В этой же статье руководители

медицинских учреждений обязывались сообщать необходимые сведения в органы управления здравоохранением, а также и по требованиям следственных и судебных органов.

С 1993 года в «Основах...» появилась статья 61 «Врачебная тайна». Ее название отражало сохранившийся менталитет российских медработников и чиновников, поскольку, на самом деле, речь здесь шла не о врачебной тайне, а о тайне личной жизни гражданина, которая стала известна другому человеку при исполнении им своих обязанностей. «Основы...» были приняты на несколько месяцев раньше Конституции. Вероятно, потому и возникло подобное несогласование статьи 61 действующей статье Конституции (Статья 23, ч. 1 - «Каждый имеет право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и доброго имени»).

В новом законе – ФЗ «Об основах...» статья 13 «Соблюдение врачебной тайны» внесены новые положения (к примеру, запрещено разглашение врачебной тайны, в том числе *после смерти человека*, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей), определен исчерпывающий перечень ситуаций, в которых возможно предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя.

Однако, если в 61 статье «Основ» 1993 г. впервые за историю отечественного законодательства было указано на то, что нарушение личной тайны гражданина в сфере медицинской помощи является основанием юридической ответственности, – то в новом законодательстве это положение приобрело вид права пациента на защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

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

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

Право пациента на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.

Гражданский Кодекс детально установил основания, правила и порядок возмещения вреда.

Право на возмещение вреда здоровью причиненного при оказании медицинской помощи является универсальным правом человека. Его реализация обеспечивает гарантии социально-экономической защиты от последствий некачественных услуг.

Пациентам необходимо учитывать, что после 1992 года значительно изменилось как пенсионное, так и гражданское законодательство. Если раньше пациент, утративший вследствие некачественной медицинской помощи трудоспособность, получал все-таки достаточную для жизни (выживания) пенсию по инвалидности, то теперь ситуация принципиально иная. Государственные пенсии по инвалидности и в связи с утратой

кормильца в настоящее время очень низки. Сегодня гражданин, потерпевший от некачественной медицинской помощи, приведшей, например, к инвалидизации, может получать экономическое содержание из двух источников. Первый источник - это пенсия по инвалидности (от государства). Второй источник - это регулярные платежи по возмещению вреда от его причинителя (как правило, это государственное медицинское учреждение).

Новый Гражданский Кодекс предоставил эффективные механизмы экономической защиты интересов пациента. Им предусмотрено полное возмещение понесенных затрат (как моральных, так и материальных) и неполученных в будущем заработков, причем это возмещение должно производиться в полном объеме, исходя из размеров реальных доходов человека, утраченных им. Отныне гражданину не нужно доказывать виновность причинителя (как того требовал предшествующий ГК, и что сделать было крайне трудно), ибо для получения возмещения достаточно доказать лишь сам факт причинения вреда при оказании медицинской услуги. Вред в полном объеме возмещается, даже если он причинен случайно (невиновно). Использование данного гражданско-правового механизма является наиболее реальным и надежным способом защиты потерпевшего.

Право пациента на допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав.

Данное право сформулировано в категориях, не полностью соответствующих современному гражданскому законодательству. Обусловлено это тем, что Гражданский Кодекс России в своем завершеном виде начал действовать только с 1996 года. В связи с этим принципы представительства граждан в сфере медицинской помощи, изложенные в ФЗ «Об основах...», несколько отличаются от сегодняшней правовой ситуации.

В частности, адвокат не относится к законным представителям (такowymi, в соответствии с действующим ГК, являются родители несовершеннолетних и опекуны недееспособных лиц). Правильнее сказать о том, что он является представителем по закону (в соответствии со ст. 185 ГК РФ), так же, как и любое другое лицо, имеющее доверенность, выданную пациентом. В современных гражданско-правовых категориях обсуждаемое право пациента должно быть сформулировано как «право на допуск к нему адвоката или иного представителя по закону для защиты его прав».

Представителем по закону являются и законные представители (родители несовершеннолетних, опекуны недееспособных) и представители, получившие от пациента доверенность, и адвокат, имеющий доверенность от пациента (или ордер юридической консультации).

Доверенность, выдаваемая гражданином другому лицу (гл. 49 ГК РФ), является разновидностью договора поручения. Дееспособный человек имеет право выдать любому физическому лицу или организации письменное полномочие для представительства своих прав и интересов перед третьими лицами. Современное законодательство запрещает гражданам пока только один вид действий по доверенности - вступление в брак. Реализацию всех других своих гражданских прав можно поручить осуществлять доверенному лицу. Исходя из этого, пациент имеет законное право выдать избранному им лицу (как родственнику, так и иному человеку, способному спокойно и компетентно действовать в его интересах, а также юридическому лицу) доверенность. В этой доверенности может быть определен перечень гражданских прав (в том числе прав пациента), которые от имени доверителя будет осуществлять указанное доверенное лицо. В ней, например, правомерна следующая формулировка "... осуществлять от моего имени все права пациента, предусмотренные статьями Главы 4 ФЗ «Об основах...» «Права и

обязанности граждан в сфере охраны здоровья», в частности, право выбора медицинского учреждения и врача, право давать информированное добровольное согласие и отказываться от медицинского вмешательства (в том числе давать согласие на прекращения реанимационных мероприятий), право получать любую информацию о состоянии моего здоровья, право знакомиться со всеми касающимися моего здоровья медицинскими документами, получать их копии, право выбирать лиц, которым в моих интересах может передаваться любая информация о состоянии моего здоровья, право обращаться от моего имени с жалобами и заявлениями к любым должностным лицам, в том числе в органы государственной и местной власти, суд, прокуратуру, любые экспертные, правозащитные и иные организации».

Препятствование деятельности доверенного лица является и нарушением конституционного права доверителя, поскольку в соответствии со ст. 45 Конституции РФ «каждый гражданин может защищать свои права и свободы всеми не запрещенными законом способами». Со своей стороны, пациент и после выдачи им доверенности сохраняет за собой абсолютно весь объем своей правоспособности. Он может осуществлять свои права как самостоятельно в отсутствие доверенного лица, так и с его участием. Пациент в любой момент вправе изменить или отменить доверенность - в соответствии со ст. 188 ГК РФ «...лицо, выдавшее доверенность, может во всякое время отменить доверенность или передоверие, в лицо, которому доверенность выдана - отказаться от нее. Соглашение об отказе от этих прав ничтожно».

Граждане должны знать о том, что заверять или нет у нотариуса доверенность с вышеприведенным текстом решают они сами - это их право, а не обязанность. В соответствии с ч. 2 ст. 185 ГК РФ, нотариального заверения требуют лишь доверенности на осуществление сделок, требующих нотариальной формы и доверенности, в которых предусмотрена возможность передоверия (ч. 3 ст. 187 ГК РФ). Предлагаемая форма к такому не относится.

С юридических позиций правовое положение законного представителя пациента (например, родителя больного ребенка) и представителя пациента на основе доверенности абсолютно одинаковы.

Право пациента на допуск к нему священнослужителя.

ФЗ «Об основах...» создал механизм реализации пациентом его конституционного права на свободу вероисповедания (ст. 28 Конституции РФ). «Право на допуск» означает возможность пациента иметь беспрепятственную встречу со священнослужителем в любое время суток. Законодательство руководителям медицинских учреждений рекомендует всячески способствовать реализации пациентами свободы вероисповедания.

Действующая формулировка обсуждаемого права подразумевает защищаемую законом возможность иметь в медицинских учреждениях отдельные помещения для отправления религиозных культов. Указана единственная причина, по которой выделению подобного помещения может воспрепятствовать больничная администрация - это случай, когда такие действия могут привести к нарушению нормального функционирования учреждения.

Появление в отечественном законодательстве подобного права пациентов отражает движение российской правовой культуры в направлении европейских стандартов. Основным документом, регулирующим политику в области прав пациентов в Европе, является «Декларация о политике в области обеспечении прав пациента в Европе» (1994 г.). В ней, в частности, установлено что «...каждый человек имеет право иметь собственные

моральные и культурные ценности, религиозные и философские убеждения (п. 1. 5). В процессе лечения и ухода пациент имеет право на поддержку семьи, родственников и друзей, а также на духовную и пастырскую помощь (п. 5. 9)».

6. Права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья, права военнослужащих и лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание

Статья 24 ФЗ «Об основах...» - Права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья:

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

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

3. В случае выявления при проведении обязательных медицинских осмотров медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, перечень которых устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, работник может быть признан врачебной комиссией медицинской организации на основании результатов экспертизы профессиональной пригодности временно или постоянно непригодным по состоянию здоровья к выполнению отдельных видов работ.

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

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

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

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

2. Граждане, подлежащие призыву на военную службу или направляемые на альтернативную гражданскую службу, и граждане, поступающие на военную службу или

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

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

4. Порядок организации медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним лицам устанавливается Правительством Российской Федерации, особенности организации оказания медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним лицам, в том числе порядок их освобождения от исполнения обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с заболеванием и иными причинами, устанавливаются федеральными органами исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба.

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

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

В статье 61 ФЗ «Об основах...» «Военно-врачебная экспертиза» в части 6 предусмотрено, что «При несогласии граждан с заключением военно-врачебной экспертизы по их заявлению проводится независимая военно-врачебная экспертиза».

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

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

Федерации.

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

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

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

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

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

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

7. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья

Желательно получить ответ на один вопрос - у пациента много прав, а есть ли у него обязанности?

Правоведение утверждает о существовании принципа единства прав и обязанностей любого лица (гражданина, организации, государства). В юридическом аспекте обязанности пациента - это все конституционные обязанности гражданина по соблюдению правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, в которое он обратился. К числу "неписанных" обязанностей (с юридических позиций это не обязанности, а пожелания) относят минимум пять, такие как:

- бережное отношение к своему и чужому здоровью, и имуществу;
- своевременное обращение за медицинской помощью;
- максимально полное информирование врача об истории жизни и истории заболевания, послужившего причиной обращения;
- сотрудничество с врачом на всех этапах оказания медицинской помощи;
- выполнение предписаний врача.

В статье 27 ФЗ «Об основах...» впервые в истории здравоохранения России сформулированы *«Обязанности граждан в сфере охраны здоровья»*

«1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.»

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

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

С правовых позиций, если лицо не выполняет своих юридических обязанностей, должна наступать юридическая ответственность.

ФЗ «Об основах...» является Федеральным законом, следовательно, обязанности граждан в сфере охраны здоровья – это юридические обязанности и при их невыполнении должна наступать юридическая ответственность, т. е. - обязанность лица, совершившего правонарушение, претерпевать определенные лишения или ограничения государственно-властного характера.

Юридическая ответственность предусматривает различные санкции к нарушителям закона - штраф, возмещение ущерба, арест, конфискация и т. д. В зависимости от характера правонарушения наступают различные виды юридической ответственности: дисциплинарная, материальная, административная, уголовная и гражданско-правовая.

Однако проблема в том, что законодатель не определил, является ли невыполнение обязанностей в сфере охраны здоровья правонарушением.

Первая часть статьи 27 гласит - *Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.* А если они не заботятся?

В этом аспекте можно только проанализировать проблему обязанности родителей заботиться о здоровье своих детей. Право ребенка жить и воспитываться в семье включает в себя правомочие на физическое воспитание и развитие здоровой личности. Возможность такого толкования воспитания и развития дает норма п. 1 ст. 63 Семейного

кодекса РФ, согласно которой «родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей», «они обязаны заботиться о здоровье, физическом развитии своих детей», а также норма п. 1 ст. 65 СК РФ — «при осуществлении родительских прав родители не вправе причинять вред физическому и психическому здоровью детей».

Родители ребенка свободны в выборе средств и методов физического воспитания. Они организуют ребенку рациональный режим дня, отдыха, питания. Дети должны получать навыки правильного гигиенического поведения в быту, игре, что служит профилактикой травматизма.

Обязанность родителей осуществлять охрану здоровья ребенка реализуется путем заключения с лечебным учреждением договора на оказание медицинской помощи несовершеннолетнему. Малолетние обычно (дошкольного возраста) сопровождаются в медицинские учреждения родителями, которые в этом случае осуществляют представительство.

Кроме того, родители совершают фактические действия: помогают сформулировать жалобы ребенка, делятся своими наблюдениями, выполняют указания врача.

Социологические исследования показывают, что 93,6% родителей при первых признаках болезни ребенка в возрасте до 7 лет обращаются к врачу, однако 6,1% занимаются их лечением сами; 94,1% родителей соблюдают все назначения врачей, но остальные по разным причинам не выполняют их рекомендации, что вызывает опасение за здоровье и жизнь малолетних.

Согласно Конвенции о правах ребенка от 20 ноября 1989 г., родители несут основную ответственность за воспитание и развитие ребенка (п. 1 ст. 18), ответственность за обеспечение в пределах своих способностей и финансовых возможностей условий жизни, необходимых для развития ребенка (п. 2 ст. 27).

В Семейном кодексе РФ предусмотрено, что «родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей» (п. 1 ст. 65 СК РФ), а также содержится положение о возможном ограничении федеральным законом прав граждан в семье в той мере, в какой это необходимо в целях защиты здоровья других членов семьи (ст. 1 СК РФ).

Статья 121 СК РФ предусматривает защиту прав и интересов детей органами опеки и попечительства при создании действиями или бездействием родителей условий, представляющих угрозу жизни или здоровью детей либо препятствующих их нормальному воспитанию. При непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью орган опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей (одного из них) или у других лиц, на попечении которых он находится, на основании соответствующего акта органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации (п. 1 ст. 77 СК РФ).

Отдельной проблемой, возникающей перед врачами, является правомерность отказа от медицинского вмешательства, когда это касается лица, не достигшего возраста 15 лет (для больных наркоманией — 16 лет). Родители, будучи законными представителями ребенка, могут написать данный отказ, мотивируя это либо религиозными соображениями, либо недоверием к врачам, либо непониманием сложности ситуации с медицинской точки зрения, и по ряду других причин. Но ведь под предлогом отказа от медицинского вмешательства может скрываться и умысел, направленный на ухудшение здоровья ребенка, а иногда и желание его смерти.

Можно ли расценивать отказ от медицинского вмешательства по жизненным

показаниям как злоупотребление родительскими правами?

Вышеизложенное показывает, что санкциями для родителей может быть только лишение или ограничение родительских прав.

Часть 2 статьи 27 «Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний» - требует обращения к проблемам недобровольного оказания медицинской помощи, принудительным мерам медицинского характера и вопросам умышленного заражения другого лица такими болезнями, как ВИЧ-инфекция, венерические болезни.

Часть 3 статьи 24 ФЗ «Об основах...» говорит о том, что «работник может быть признан врачебной комиссией медицинской организации на основании результатов экспертизы профессиональной пригодности временно или постоянно непригодным по состоянию здоровья к выполнению отдельных видов работ».

Часть 3 статьи 27 ФЗ «Об основах...» – «Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях» не конкретизирует последствия несоблюдения режима лечения

В статье 58 ОО 1993 г. указывалось, что «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».

В ФЗ «Об основах...» 2011 г. в статье 70 «Лечащий врач» указание на «несоблюдение пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения» исчезло.

Таким образом можно считать, что статья 27 ФЗ «Об основах...» «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья» носит чисто декларативный характер.

Контрольные вопросы:

1. Приведите положения статьи 18 ФЗ «ФЗ «Об основах...» «Право на охрану здоровья».
2. Проанализируйте статью 19 ФЗ «ФЗ «Об основах...» «Право на медицинскую помощь».
3. Дайте определение понятиям «пациент», «права пациента».
4. Назовите основные права пациента.
5. Назовите права пациента, относящиеся к правам-требованиям.
6. Какие права пациента должен реализовывать медицинский работник, не ожидая требований пациента?
7. Охарактеризуйте пункты 1 и 2 статьи 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства».
8. Охарактеризуйте пункты 3, 4, 5, 6 статьи 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства».
9. Охарактеризуйте пункты 7, 8 статьи 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства».

10. Охарактеризуйте пункты 9, 10, 11 статьи 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» - медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя.

11. Охарактеризуйте пункты 1 и 2 статьи 21 «Выбор врача и медицинской организации».

12. Охарактеризуйте пункты 3 и 4 статьи 21 «Выбор врача и медицинской организации».

13. Охарактеризуйте пункты 5, 6, 7, 8 статьи 21 «Выбор врача и медицинской организации».

14. Охарактеризуйте статью 22 «Информация о состоянии здоровья».

15. Охарактеризуйте статью 23 «Информация о факторах, влияющих на здоровье».

16. В чем заключаются «Права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья» согласно статье 24 ФЗ «ФЗ «Об основах...».

17. Проанализируйте статью 25 ФЗ «ФЗ «Об основах...» «Права военнослужащих и лиц, приравненных по медицинскому обеспечению к военнослужащим...».

18. В чем заключаются «Права лиц, задержанных, заключенных под стражу, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста, на получение медицинской помощи» согласно статье 26 ФЗ «ФЗ «Об основах...»?

19. В чем заключаются «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья» согласно статье 27 ФЗ «ФЗ «Об основах...»?

20. Охарактеризуйте содержание статьи 28 «Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья».

21. Назовите известные Вам общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья.

22. Приведите примеры работы данных объединений.

Тема: Организация охраны здоровья в Российской Федерации

Цель: уяснение вопросов организации охраны здоровья граждан, в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятым 1 ноября 2011 г.

План

1. Сравнительный анализ систем здравоохранения в тоталитарном и правовом государстве.
2. Организация охраны здоровья в РФ и профилактика заболеваний
3. Первая помощь. Медицинская помощь. Первичная медико-санитарная помощь.
4. Специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь 5. Скорая и паллиативная медицинская помощь
6. Проблемы оказания медицинской помощи, связанные с медико-правовыми явлениями
7. Народная медицина.

Рекомендуемая литература

Основная

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.11.2013, с изм. на 22.10.2014 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
2. Воробьева, Л. В. Медицинское право : краткий курс лекций / Л.В. Воробьева. - Ростов н/Д : Феникс, 2014. - 171 с. (С. 25-53).
3. Леонтьев, О. В. Законодательство России о здравоохранении : учеб. пособ. / О. В. Леонтьев, С. Л. Плавинский. - СПб. : СпецЛит, 2013. - 64 с. (С. 13-22).
4. Основы профессиональной деятельности врача (правовые аспекты). Учебное пособие. Часть 1 [Текст]: /сост. Л.И. Ломакина, В.А. Породенко, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина. Под ред. профессора В.А. Породенко. Кубанский государственный медицинский университет - Краснодар: КубГМУ, 2014. – С. 68-91.

Дополнительная

1. Положение о Всероссийской службе медицины катастроф (Постановление Правительства РФ от 26 августа 2013 г. N 734)
2. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению. Утвержден приказом МЗ РФ от 21 декабря 2012 г. N 1343н.
3. Приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. N 915н «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «Онкология».
4. Приказ МЗ и СР РФ от 4 мая 2012 г. N 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи». (в ред. Приказа Минздрава России от 07.11.2012 N 586н)
5. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих" С изменениями и дополнениями от 13 июля 2012 г.
6. Приказу МЗ РФ от «12» августа 2013 г. № 565н «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи».
7. Приказ МЗ и СР России от 28 декабря 2011 г. N 1689н г. Москва "Об утверждении порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном

бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, с применением специализированной информационной системы".

8. Приказ МЗ РФ от 20 июня 2013 г. N 388н. «порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи».

9. Приказ МЗ и СР России от 28 декабря 2011 г. N 1689н "Об утверждении порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, с применением специализированной информационной системы".

10. Избранные лекции по дисциплине Правоведение [Текст]: /сост. Л.И. Ломакина, В.А. Породенко, Е.Н. Травенко, Е.И. Быстрова, А.В. Ильина/ Кубанский государственный медицинский университет – Краснодар ГОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России, 2011. – 204 с.

11. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс: в 3 т.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 976 с.

1. Сравнительный анализ систем здравоохранения в тоталитарном и правовом государстве

Медицина как отрасль естествознания и вид человеческой деятельности по своей сути глубоко интернациональна. В течение последнего столетия каждая новая возможность борьбы с болезнями достаточно быстро становится достоянием врачей в любой точке планеты. Если уровень медицинской помощи в странах с разными идеологиями примерно одинаков, то какая разница пациенту в какой стране лечиться?

Разницу можно увидеть очень существенную, если оценивать не медицину (хотя, это понятия и взаимосвязанные), а *систему здравоохранения страны и место в ней человека*. Большинство людей просто не представляют, а чем же отличаются пациент и здравоохранение СССР (как государства тоталитарного) от пациента и здравоохранения государства правового и демократического.

Система здравоохранения представляет собой совокупность субъектов (государство и его органы, граждане и их социальные группы, пациенты, медицинские работники, медицинские учреждения, страховые организации, органы местного самоуправления и т. д.), отношения между которыми урегулированы законодательством. Именно оно определяет, что является *целью* системы здравоохранения, на каких *принципах* она строится и управляется, кто является ее *центральной* фигурой, кто и какие решения имеет право принимать, кто и что *обязан* делать и какую *ответственность* нести в случае неисполнения своих обязанностей.

Все эти вопросы с 1969 до 1993 года регулировались «*Основами законодательства Союза ССР о здравоохранении*», с 22 июля 1993 года определены «*Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан*», а с 1 ноября 2011 г. - ФЗ «*Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации*» (ФЗ «*Об основах...*»).

ФЗ «*Об основах...*» по правовому статусу являются в вопросах здравоохранения правовым актом высшей юридической силы, во исполнение которого принимаются федеральные законы и подзаконные акты.

Принятие нового законодательства в сфере здравоохранения кардинально изменило основные принципы функционирования системы, позиции, отношения и

ответственность ее участников. Если раньше целью деятельности системы здравоохранения было здоровье «советского народа», т. е. общественное здоровье, то теперь таковой провозглашено здоровье конкретного гражданина, т. е. личное здоровье. Если до 1993 года в качестве ключевой фигуры и первого лица здравоохранения выступало государство (и партия), то теперь закон в качестве таковых установил гражданина. На рис. 1.1 приведен сравнительный анализ здравоохранения в тоталитарном и правовом государстве

Впервые на законодательном уровне установлена ответственность государства и его должностных лиц, учреждений всех форм собственности и их должностных лиц за соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья. Гражданам четко указано, кто конкретно и в каких случаях несёт обязанности по обеспечению их прав, кто и в какой мере отвечает в случаях их нарушения или ущемления. На смену всеобщему социальному праву советского человека на бесплатную медицинскую помощь, пришел комплекс гражданских прав, к которым относятся и права пациента. Отныне каждый гражданин России обладает как социальным неотъемлемым правом на бесплатную доступную медицинскую помощь, так и рядом личных прав (прав пациента), пользоваться которыми или нет - решает он сам. Принципиально изменилась и сама система принятия решений при оказании медицинской помощи.

Основы законодательства СССР о здравоохранении” (тоталитарное государство)	ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый 1 ноября 2011 г. (правовое государство)
Цель деятельности системы здравоохранения	
Здоровье «советского народа».	Здоровье конкретного гражданина.
Ключевая фигура и первое лицо здравоохранения	
Государство (и партия).	Гражданин.
Первое место	
Интересы государства (и народа в целом).	Интересы гражданина в достижении им максимального уровня здоровья.
Основной принцип деятельности государственной системы здравоохранения	
Соблюдение интересов государства и партии.	Соблюдение прав человека и гражданина.
Система здравоохранения	
Государственная (монополист).	Государственная, муниципальная, частная, индивидуальный предприниматель, непосредственно осуществляющий медицинскую деятельность.
Основные методы управления	
Административный (действия каждого нижестоящего исполнителя определялись указаниями вышестоящего начальника).	Правовые (любое действие должно быть, в первую очередь, законным, то есть соответствовать Конституции, «ФЗ «ОБ ОСНОВАХ...» », федеральными законам и опубликованным подзаконным актам).

Ответственность за соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья	
Министерство здравоохранения СССР, министерства здравоохранения союзных и автономных республик, их органы несут ответственность за состояние и дальнейшее развитие здравоохранения, медицинской науки и за качество оказываемой населению медицинской помощи.	«ФЗ «ОБ ОСНОВАХ...» ». Статья 98. Ответственность в сфере охраны здоровья. 1. Органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут ответственность за обеспечение реализации гарантий и соблюдение прав и свобод в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации. 2. Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.
Право на медицинскую помощь	
Всеобщее социальное право советского человека на бесплатную медицинскую помощь.	Социальное неотъемлемое право на бесплатную доступную медицинскую помощь. Ряд личных прав (прав пациента), пользоваться которыми или нет, решает сам человек. Комплекс гражданских прав, к которым относятся и права пациента.
Система принятия решений при оказании медицинской помощи	
Место госпитализации, объем и вид лечения определяли работники государственного здравоохранения.	Обязательно получение от пациента информированного добровольного согласия.

Рис. 1.1. Сравнительный анализ здравоохранения в тоталитарном и правовом государстве.

Если раньше место госпитализации, объем, и вид лечения определяли работники государственного здравоохранения, то теперь это запрещено делать без получения от пациента информированного добровольного согласия.

К настоящему времени российское законодательство, обеспечивающее защиту интересов и прав граждан в сфере охраны здоровья, в целом почти соответствует европейским стандартам. Однако прогрессивные изменения законодательства совсем не означают, что по новым правилам стала жить и действовать система здравоохранения. Для этого, кроме наличия правовых норм (которые есть), необходимо еще достижение

достаточных уровней правопонимания и правосознания всех участников правоотношений (чего пока нет).

Министерство здравоохранения, оставаясь фактическим монополистом в сфере медицинских услуг, сегодня является их исполнителем, контролером их качества, оно обучает и оценивает знания студентов-медиков и опытных врачей. Поскольку подавляющее большинство медицинских учреждений России находится в государственной собственности (они же являются ответчиками по искам пациентов), это ведомство, естественно, не заинтересовано в существовании системы защиты прав пациентов. Развитие правовых форм контроля и правовых форм ответственности за низкое качество медицинской помощи неизбежно приведет к дополнительной нагрузке и на медицинский персонал и на бюджет.

Само Министерство здравоохранения до сих пор не выполняет требований законодательства по трем принципиальным позициям.

Первая - устанавливает требование наличия **стандартов качества медицинской помощи**. До сих пор медицинские учреждения ими не обеспечены, соответственно, и врачам, и пациенту, и его защитникам по-прежнему без специальных экспертиз трудно оценить и доказать, качественно ли на самом деле проведено обследование и лечение.

В ФЗ «Об основах...» указано, что утверждаются стандарты уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а кем разрабатываются не указано.

Вторая проблема касается **отсутствия юридического обучения медработников**. Именно они обязаны полноценно информировать пациентов об их правах.

В Основах 1993 г. был предусмотрен механизм последипломного правового обучения медработников. В ст. 54 было указано, что «...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».

В ФЗ «Об основах...» 2011 г. нет упоминания о правовой подготовке медицинских и фармацевтических работников. А в ст. 100 указано, что до 1 января 2016 года:

«1) право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста...».

С 1 сентября 2017 года из послевузовского медицинского и фармацевтического образования исключена интернатура.

Статья 69 ФЗ «Об основах...» – «Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности» гласит:

«1. Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.»

3. Аккредитация специалиста - процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское, или фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Таким образом, сертификация специалиста заменена на аккредитацию специалиста.

Кроме того, пока нигде не проводится **подготовка юристов** для работы в сфере здравоохранения, не существует государственных (а негосударственные минимальны) программ **правового обучения пациентов**.

И, наконец, **третья** проблема - это **отсутствие** гарантированной статьей 58 «ФЗ «Об основах...», **независимой медицинской экспертизы** - «3. Граждане имеют право на проведение независимой медицинской экспертизы в порядке и в случаях, которые установлены положением о независимой медицинской экспертизе, утверждаемым Правительством Российской Федерации». Такое положение пока не принято.

Общим итогом вышеизложенного следует, что в области правового регулирования отношений «гражданин - здравоохранение» на практике сохраняется ситуация, близкой к той, что имела место до 1993 года, то есть ситуация здравоохранения советского государства. Врач и пациент сегодня являются лицами наиболее заинтересованными в приведении российского здравоохранения к состоянию, предусмотренному законодательством, состоянию, ориентированному на решение проблем, как пациентов, так и врачей, а не только проблем государства.

2. Организация охраны здоровья в РФ и профилактика заболеваний

Правовые вопросы организации охраны здоровья рассматриваются и обсуждаются в обществе с разных точек зрения, к которым относятся позиции:

- больного человека;
- здорового человека;
- медработника (врача, медсестры, ученого);
- администратора здравоохранения (или руководителя органа государственной власти);
- экономиста (специалиста по страхованию, бизнесмена и т. д.);
- политика;
- правоведа.

Кроме того, излагая свои представления и предложения, специалисты ориентируется и на конкретную аудиторию - научную, медицинскую, управленческую и т.д. Каждый взгляд и подход уникален. Вместе с тем, лучше воспользоваться **юридическим (правовым)** подходом к оценке окружающей медицинской действительности.

Исходя из этого, вполне можно сказать и о том, что одной из конечных целей нашей дисциплины является помощь врачам и пациентам в **формировании правового взгляда**

и на себя, и на систему медицинской помощи, взгляда, который помогал бы выработать в каждом конкретном случае линию эффективного поведения.

Критерий эффективности один - выполнит ли здравоохранение в лице врача свою функцию, т. е. получит или нет пациент качественную медицинскую помощь.

Если пользоваться правовым подходом, то, глядя на деятельность любой медицинской организации, можно (и нужно) увидеть в ней финансируемый за счет налогоплательщиков государственный механизм. Этот механизм состоит из совокупности работников-специалистов и администраторов, обязанных работать в интересах пациента и во исполнение указанных в законодательстве требований. Действовать он может лучше или хуже. Во многом, это зависит от того, насколько грамотно пользуется им пациент и врач в его интересах.

Пути организации охраны здоровья:
1) государственное регулирование в сфере охраны здоровья, в том числе нормативное правовое регулирование;
2) разработка и осуществление мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и по формированию здорового образа жизни населения;
3) организация оказания первой помощи, всех видов медицинской помощи, в том числе гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, редкими (орфанными) заболеваниями;
4) обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
5) обеспечение определенных категорий граждан Российской Федерации лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания в соответствии с законодательством Российской Федерации;
6) управление деятельностью в сфере охраны здоровья на основе государственного регулирования, а также саморегулирования, осуществляемого в соответствии с федеральным законом.

Рис. 2.1. Пути осуществления организации охраны здоровья.

В статьях 29-30 ФЗ «Об основах...» регламентируются вопросы организации охраны здоровья, дается характеристика систем здравоохранения, регламентируются вопросы профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни (Рис. 2.1, 2.2, 2.3).

Интересно, что в статье 1 ФЗ «Об основах...» указывается, что «предмет регулирования настоящего Федерального закона... 4) права и обязанности ...индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья», а в статье 2 уточняется, что «...к медицинским **организациям** приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность». Таким образом, частнопрактикующий врач является медицинской организацией, принадлежащей к частной системе здравоохранения?

Система здраво-хранения	Составляющие
Государ-ственная	<p>1) федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы, Российская академия медицинских наук.</p> <p>2) исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти (за исключением ... указанных в пункте 1 настоящей части).</p> <p>3) подведомственные федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.</p>
Муници-пальная	<p>1) органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья;</p> <p>2) подведомственные органам местного самоуправления медицинские организации и фармацевтические организации.</p>
Частная	создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья».

Рис. 2.2. Государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения.

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

Профилактика инфекционных заболеваний	Осуществляется органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, общественными объединениями.	Путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям.
Профилактика неинфекционных заболеваний	Осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, общественными объединениями.	Путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни.
Формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста	Обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом.	

Рис. 2.3. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни.

3. Первая помощь. Медицинская помощь. Первичная медико-санитарная помощь

В статье 31 ФЗ «Об основах...» характеризуется первая помощь (Рис. 3.1).

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

Согласно статье 32 ФЗ «Об основах...», медицинская помощь оказывается медицинскими организациями и классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи (Рис. 3.2).

Первая помощь	В каких случаях	Кем осуществляется
До оказания медицинской помощи	при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью	лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных формирований и аварийно-спасательных служб.

Рис. 3.1. Первая помощь.

Медицинская помощь	
Виды	<ol style="list-style-type: none"> 1) первичная медико-санитарная помощь; 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; 4) паллиативная медицинская помощь.
Условия оказания	<ol style="list-style-type: none"> 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации); 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника; 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).
Формы оказания	<ol style="list-style-type: none"> 1) экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента; 2) неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; 3) плановая - медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Рис. 3.2. Виды, условия и формы оказания медицинской помощи.

Основой системы оказания медицинской помощи является первичная медико-санитарная помощь (таблицы 3.3 и 3.4), которая оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, где могут создаваться подразделения первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь	
Включает в себя	мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.
Осуществляется	по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях.
Оказывается	в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Рис. 3.3. Первичная медико-санитарная помощь – основа системы оказания медицинской помощи.

В соответствии с частью 1 статьи 31 издан Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 мая 2012 г. № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи»:



Рис. 3.4. Виды первичной медико-санитарной помощи и субъекты ее оказания.

«Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь -

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и кровообращения.
3. Наружные кровотечения.
4. Инородные тела верхних дыхательных путей.
5. Травмы различных областей тела.
6. Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.
7. Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.
8. Отравления.

Перечень мероприятий по оказанию первой помощи.

1. Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи:

- 1) определение угрожающих факторов для собственной жизни и здоровья;
- 2) определение угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;
- 3) устранение угрожающих факторов для жизни и здоровья;
- 4) прекращение действия повреждающих факторов на пострадавшего;
- 5) оценка количества пострадавших;
- 6) извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест;
- 7) перемещение пострадавшего.

2. Вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом.

3. Определение наличия сознания у пострадавшего.

4. Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего:

- 1) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- 2) выдвижение нижней челюсти;
- 3) определение наличия дыхания с помощью слуха, зрения и осязания;
- 4) определение наличия кровообращения, проверка пульса на магистральных артериях.

5. Мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни:

- 1) давление руками на грудину пострадавшего;
- 2) искусственное дыхание "Рот ко рту";
- 3) искусственное дыхание "Рот к носу";
- 4) искусственное дыхание с использованием устройства для искусственного дыхания*.

6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:

- 1) придание устойчивого бокового положения;
- 2) запрокидывание головы с подъемом подбородка;
- 3) выдвижение нижней челюсти.

7. Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения:

- 1) обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений;

- 2) пальцевое прижатие артерии;
- 3) наложение жгута;
- 4) максимальное сгибание конечности в суставе;
- 5) прямое давление на рану;
- 6) наложение давящей повязки.

8. Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего в целях выявления признаков травм, отравлений и других состояний, угрожающих его жизни и здоровью, и по оказанию первой помощи в случае выявления указанных состояний:

- 1) проведение осмотра головы;
- 2) проведение осмотра шеи;
- 3) проведение осмотра груди;
- 4) проведение осмотра спины;
- 5) проведение осмотра живота и таза;
- 6) проведение осмотра конечностей;
- 7) наложение повязок при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки;
- 8) проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, аутоиммобилизация, с использованием изделий медицинского назначения);
- 9) фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием изделий медицинского назначения);
- 10) прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой);
- 11) местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;
- 12) термоизоляция при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

9. Придание пострадавшему оптимального положения тела.

10. Контроль состояния пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение) и оказание психологической поддержки.

11. Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, другим специальным службам, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом».

4. Специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь

В статье 34 ФЗ «Об основах...» характеризуется специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь (Рис. 4.1).

Правительство РФ устанавливает порядок финансирования высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, а за счет средств бюджета субъекта РФ - уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ. Направление граждан

Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных средств осуществляется путем применения специализированной информационной системы в порядке, устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Специализированная медицинская помощь	
Оказывается	врачами-специалистами в стационарных условиях и в условиях дневного стационара
Включает в себя	профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.
Высокотехнологичная медицинская помощь	
Оказывается	медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти
Включает в себя	применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Рис. 4.1. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Серьезной проблемой в области здравоохранения является рост стоимости медицинского обслуживания. Это обусловлено такими факторами, как старение населения, повышение уровня заболеваемости и инвалидности, появление новых методов лечения и медицинских технологий.

Необходимо отметить, что рост числа пожилых людей и уровня бедности, безработица и миграция, возросшая интенсивность ритма жизни и экономическая нестабильность, обусловившие возникновение стрессовых ситуации и эмоциональных перегрузок, способствуют повышению показателей хронической заболеваемости и инвалидности, что приводит к увеличению общих расходов на здравоохранение. Кроме того, увеличивается среди населения распространенность заболеваний, оказание медицинской помощи при которых может осуществляться в настоящее время только на основе ресурсоемкого бюджетного финансирования. Все это свидетельствует о необходимости дальнейшего развития новых, наукоемких и инновационных способов диагностики заболеваний, и лечения больных, что сопровождается значительным удорожанием медицинских услуг.

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) является наиболее эффективной помощью, приводящей к существенному и стойкому улучшению состояния здоровья, качества жизни пациента, пользующейся высоким спросом у населения. ВМП в значительной степени расширяет возможности и повышают эффективность здравоохранения, поэтому данному направлению уделяется все большее внимание со стороны государственных органов.

Законодательство, касающееся оказания ВМП, появилось в начале 90-х годов XX в. Здесь следует обратить внимание на то, что до 1991 г. термин «дорогостоящий» по отношению к медицинским услугам в нормативных документах системы

здравоохранения не употреблялся. Впервые этот термин, примененный к видам медицинской помощи, упоминается в ст. 11 Закона РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан», где речь идет об оплате особо дорогостоящих видов медицинской помощи.

В то же время вопрос о финансировании дорогостоящей медицинской помощи оказался поставленным только годом позже. Его правовое обоснование было изложено в Указе Президента РФ от 26 сентября 1992 г. № 1137 «О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации». При этом Правительству страны было поручено «предусматривать из республиканского бюджета Российской Федерации целевое финансирование дорогостоящих видов медицинской помощи по списку заболеваний, утверждаемых ежегодно Министерством здравоохранения РФ».

Так появился новый вид медицинской помощи. В отличие от других видов медицинской помощи дорогостоящие ее виды должны финансироваться из федерального бюджета, и она стала оказываться только в федеральных специализированных медицинских учреждениях.

В развитие этого направления Министерством здравоохранения и медицинской промышленности РФ был издан Приказ от 18 апреля 1994 г. № 73 «О порядке финансирования и расходования ассигнований, выделяемых из федерального бюджета РФ на проведение дорогостоящих видов медицинской помощи, отчетности и контроля за их использованием».

Однако самого «перечня заболеваний» и собственно определения, что относится к дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи, в этом приказе не содержалось. Кроме того, следует указать, что в дальнейшем в период с 1995 по 1997 г. приказов, регламентирующих дорогостоящее и высокотехнологичное лечение в федеральных медицинских учреждениях за счет средств федерального бюджета, Минздравом России не издавалось.

Первым наиболее значимым документом, регламентирующим оказание дорогостоящей медицинской помощи, стал Приказ Минздрава России от 29 января 1998 г. № 30 «О мерах по упорядочению организации медицинской помощи населению РФ в клиниках федеральных учреждений здравоохранения». В приказе приводятся: «Положение о порядке направления, отбора и вызова больных на лечение в учреждения здравоохранения федерального подчинения», «Перечень видов дорогостоящей медицинской помощи», «Перечень научно-исследовательских медицинских учреждений и центров Минздрава России и РАМН, выполняющих высокотехнологичные виды медицинской помощи, финансируемые из республиканского бюджета РФ», разрешенные виды такой помощи, временные учетные формы «Лист ожидания госпитализации» и «Отчет о дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи».

На основании Постановления Правительства РФ от 11 сентября 1998 г. № 1096 ВМП вошла в состав Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. После реализации Программы издание нормативных актов, регулирующих вопросы организации оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи, проводилось практически ежегодно.

Начиная с 2000 г., Министерство здравоохранения РФ совместно с Российской академией медицинских наук (РАМН) стало постоянно проводить работу по планированию, организации и управлению обеспечением населения страны высокотехнологичной медицинской помощью.

Ежегодно вплоть до 2006 г. издавались совместные приказы об организации оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения за счет средств федерального бюджета.

С реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье» начался новый этап оказания ВМП. Поэтому в 2006 г. ее организация претерпела существенные изменения. В основу планирования и оказания ВМП было положено **государственное задание**.

Изменилась единица объема предоставляемой ВМП. Вместо ранее использовавшегося термина «квота» было введено понятие - «пролеченный больной». При этом единственным заказчиком ВМП на основе государственного задания было определено Министерство здравоохранения и социального развития как субъект бюджетного планирования. Исполнителями государственного задания назначены следующие распорядители бюджетных средств: Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию; Федеральное медико-биологическое агентство; Российская академия медицинских наук.

Таким образом, основным документом, регламентирующим оказание ВМП, стало **государственное задание**, которое устанавливает: гарантированный объем ВМП, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет ассигнований федерального бюджета; перечень медицинских учреждений, участвующих в выполнении государственного задания; профили и виды ВМП, оказываемые в рамках задания; распределение плановых объемов ВМП в виде показателей по числу пролеченных больных; нормативы финансовых затрат на оказание ВМП; порядок направления граждан РФ для оказания ВМП. Государственное задание формируется МЗСЦ РФ с учетом: заявленной органами исполнительной власти субъектов (ОИВС) РФ в сфере здравоохранения потребности населения в оказании ВМП; мощности федеральных учреждений, участвующих в выполнении государственного задания; нормативов финансовых затрат на оказание ВМП; бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на эти цели.

Для развития соответствующей нормативно-правовой базы Минздравсоцразвития России издан Приказ «Об оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению социальному развитию, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук, во 2—4-м кварталах 2006 г. (от 29.03.2006 г. N 220), положивший начало нового этапа организации оказания ВМП.

В 2006 г. в соответствии с Указом Президента РФ «О Федеральном агентстве по высокотехнологичной медицинской помощи» (от 30.06.2006 г. № 658) был создан **новый** федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения, осуществляющий функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в сфере разработки и реализации современных медицинских технологий, новых методов диагностики и организации оказания ВМП, — **Федеральное агентство по ВМП (Росмедтехнологии)**.

Однако в дальнейшем Указом Президента РФ от 12 мая 2008 г. №724 «Вопросы системы и структуры федеральных органов исполнительной власти» Росмедтехнологии были упразднены, а их функции по организации оказания населению ВМП были переданы МЗСР РФ. Данным министерством был издан Приказ «О государственном

задании на оказание ВМП гражданам РФ за счет средств федерального бюджета в 2008 г.» (от 27.08.2008 г. № 458н). Следует отметить, что в приказе не оказались предусмотренными резервные объемы ВМП, обеспеченные дополнительным финансированием. При этом в основу распределения дополнительных ресурсов были положены не результаты оценки деятельности ФМУ по выполнению установленного государственного задания, а их заявки и заявки органов управления здравоохранением субъектов РФ.

Как известно, уровень развития системы здравоохранения любого государства определяются главным образом тем, насколько полно оно способно удовлетворять потребности населения в ВМП, основанной на самых передовых достижениях медицинской науки. Увеличение для населения доступности и качества ВМП является одной из основных задач государственной политики в сфере здравоохранения, осуществляемой МЗСР РФ, а также важным направлением реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

В настоящее время понятие «высокотехнологичная медицинская помощь» стало более уточненным и объемным по содержанию. В частности, в его структуру включена дорогостоящая медицинская помощь, выполняемая высококвалифицированными медицинскими кадрами с использованием сложных и уникальных медицинских технологий, основанных на современных достижениях науки и техники. По сути, оказание ВМП населению страны считается довольно актуальным направлением реализации национального проекта в сфере здравоохранения. Оно является одним из самых ощутимых для населения, так как здесь оказывается реальная медицинская помощь большому количеству больных за счет средств федерального бюджета. Так, например, за период с 2002 по 2007 г. количество пролеченных больных в федеральных медицинских учреждениях, выполняющих высокотехнологичные виды медицинской помощи, увеличилось с 94,1 тыс. человек до 160,1 тыс. человек, или на 70%, а число федеральных медицинских учреждений выросло с 73 до 93.

В соответствии с Приказом МЗиСР РФ от 13 октября 2005 г. №633 «Об организации медицинской помощи» организация и оказание ВМП должны были осуществляться *только* в федеральных медицинских учреждениях, что не учитывало и даже ущемляло права иных медицинских организаций, в которых также существовали такие возможности.

В дальнейшем правовая основа возможности оказания ВМП в медицинских учреждениях государственно-муниципального сектора здравоохранения была закреплена в постановлениях Правительства РФ, в том числе и в таком, как «Об оказании ВМП гражданам РФ за счет средств федерального бюджета» (от 05.05.2007 г. №266). Согласно нормативным правовым актам Правительства РФ, регламентирующим оказание ВМП гражданам РФ, данный вид помощи может быть представлен в рамках государственного задания в федеральных клиниках за счет целевых ассигнований федерального бюджета, а в региональных и муниципальных бюджетных учреждениях — за счет целевых субсидий федерального бюджета. При этом целью субсидирования учреждений субфедерального уровня является снижение межтерриториальных различий в обеспеченности населения высокими медицинскими технологиями.

После принятия указанных документов впервые ВМП стала оказываться в медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов РФ и муниципальных образований.

Начиная с 2-го квартала 2007 г. всего выполняли государственное задание на оказание ВМП за счет средств федерального бюджета 73 медицинских учреждения, рас-

положенных во всех федеральных округах (Приказ МЗСР РФ №320 от 07.05.2007 г.). Что касается структуры оказания в них ВМП, то следует обратить внимание на то, что эта помощь осуществлялась большим **только по трем профилям: нейрохирургия, сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия.**

Всего в 2007 г. за счет средств федерального бюджета в федеральных медицинских учреждениях и медицинских учреждениях субъектов РФ было пролечено более 175 тысяч человек с использованием высоких медицинских технологий, из которых около 15 тысяч человек получили помощь в медицинских учреждениях субъектов РФ.

Рассматривая в динамике численность оказывающих ВМП медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов РФ и муниципальных образований, следует отметить, что их количество составило в 2007 г. - 73, в 2008 г. - 86, в 2009 г. - 103 соответствующих юридических лиц (Приказ МЗиСР РФ №786н от 29.12.2008 г.). Все они вошли в состав исполнителей государственного задания на оказание ВМП за счет средств федерального бюджета. В целом по стране оказание ВМП за счет средств федерального бюджета в 2009 г. осуществляло более 200 медицинских учреждений федерального, регионального и муниципального уровней.

Вместе с тем, к медицинским учреждениям, заявленным субъектами РФ для оказания ВМП за счет средств федерального бюджета, предъявляются особые требования. Они должны оказывать медицинскую помощь в соответствии со стандартами ВМП, обладать высококвалифицированными кадрами и необходимым оборудованием. Для включения лечебно-профилактических учреждений здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований в список организаций, выполняющих государственное задание, проводится их предварительная оценка по следующим показателям: мощность учреждения (койки, кадры); показатели деятельности медицинского учреждения; объем оказанной ВМП за предыдущий год; объем оказанной ВМП большим из других регионов.

В 2009 г. Минздравсоцразвития России был расширен спектр профилей ВМП, оказываемых за счет субсидий федерального бюджета в учреждениях здравоохранения субъектов РФ и муниципальных образований. Всего региональным ЛПУ в 2009 г. было запланировано в рамках государственного задания на оказание ВМП пролечить 30 тыс. больных по следующим профилям медицинской помощи: сердечнососудистая хирургия, травматология и ортопедия, нейрохирургия, онкология, педиатрия, гематология, акушерство и гинекология, офтальмология, абдоминальная хирургия.

Несмотря на стремительное развитие медицинской науки и внедрение новых технологий в практическую деятельность, потребность в видах высокотехнологичной медицинской помощи в настоящее время неуклонно растет. В то же время необходимо указать, что ее реальное удовлетворение в целом остается на достаточно **низком** уровне. Так, в 2009 г. государственное задание с учетом его корректировки обеспечило потребность населения в ВМП только на 57%.

Известно, что около 30% высокотехнологичных видов медицинской помощи, оказываемой в последние годы федеральными медицинскими учреждениями, финансировалось за счет бюджетов всех уровней. **Большая часть оказываемых объемов ВМП оплачивалась из внебюджетных источников, в том числе за счет средств граждан и работодателей.** Во многих случаях возможности медицинских учреждений по оказанию ВМП из-за отсутствия финансовых средств и низкой

платежеспособности населения в начале текущего десятилетия оставались неиспользуемыми. Негативные тенденции в оказании населению ВМП и послужили основанием для включения ВМП в приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения.

В последние годы объем финансирования и количество пациентов, получивших высокоспециализированную медицинскую помощь и нуждающихся в ней, постоянно увеличивается и к 2020 г. должны вырасти до 176,5 млрд рублей (500 тыс. пролеченных больных). При этом средние расходы на одного пролеченного больного возрастут с 120 тыс. рублей в 2008 г. до 353,0 тыс. рублей в 2020 г.

В заключение следует отметить, что как вид медицинской помощи, имеющий целевое финансирование из государственных источников, ВМП существует в РФ около 20 лет. Нормативно-правовая база оказания населению высокотехнологичной медицинской помощи продолжает развиваться, охватывая все больший круг вопросов. К сожалению, необходимо отметить, что в рассматриваемом направлении медицинского обслуживания граждан страны еще остаются достаточно существенные правовые пробелы и противоречия, поскольку ВМП сильно отличается от иных видов медицинской помощи и требует особого внимания, а также научно обоснованного подхода к современной организации оптимального и более эффективного обеспечения населения различными ее видами.

5. Скорая и паллиативная медицинская помощь

Особенности скорой и паллиативной медицинской помощи указаны в статьях 35 и 36 ФЗ «Об основах...» (табл. 5.1, 5.2).

Важным положением данной статьи является обязанность выездных экстренных консультативных бригад скорой медицинской помощи оказывать медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе по вызову медицинской организации, в штате которой не состоят медицинские работники выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, в случае невозможности оказания в этой организации необходимой медицинской помощи.

В статье 36 ФЗ «Об основах...» дается понятие паллиативной медицинской помощи и условия ее оказания (Рис. 5.2).

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

В случаях предложения неотложной госпитализации пациенту (представителю) необходимо решить очень важную задачу - правильно выбрать медицинское учреждение, поскольку именно это, во многом, может определять результаты обследования и лечения.

Право выбора медицинского учреждения сохраняется за пациентом независимо от того, с какой степенью срочности (планово, экстренно), откуда (из дома, из общественного места), кем (сантранспортом, скорой помощью или неотложной помощью) он госпитализируется.

Пациентом может быть выбран любой стационар, дежурящий в этот день. Существует утвержденный органом исполнительной власти по здравоохранению график дежурств (обычно, по дням недели) по экстренной госпитализации всех стационаров территории субъекта Федерации в соответствии с перечнем основных профилей (терапия, кардиология, хирургия, травматология, ЛОР, гинекология, нейрохирургия, педиатрия, неврология т. д.).

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	
Оказывается гражданам	при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.
В экстренной или неотложной форме	вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.
Бесплатно	медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения.
Медицинская эвакуация	
Понятие	транспортировка граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).
Включает в себя	1) санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую авиационным транспортом; 2) санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта.
Осуществляется	выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Рис. 5.1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь.

Паллиативная медицинская помощь	
Понятие	комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.
Условия оказания	в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Рис. 5.2. Паллиативная медицинская помощь.

Когда врач скорой медицинской помощи (СМП) или неотложной помощи (НП) приходит к выводу о необходимости транспортировки пациента в стационар, он обязан получить его согласие на госпитализацию. Исключением являются случаи тяжелого состояния пациента, когда он не в состоянии принимать решения, а срочная госпитализация необходима по жизненным показаниям. Врач также должен получить решение пациента о месте, куда он согласен госпитализироваться. Если указанное пациентом медучреждение в этот день дежурит, врач не имеет права отказать в госпитализации именно туда. С юридических позиций неудовлетворение данного законного требования пациента равносильно отказу в оказании медицинской помощи.

Пациент, вызвавший бригаду скорой медицинской помощи, тем не менее, при

прибытии медицинских работников может отказаться как от предложенного вида вмешательства или необходимой госпитализации, так и от оказания медицинской помощи в целом.

Спецификой скорой медицинской помощи является делегирование права проведения диагностических и лечебных мероприятий, принятия тактических решений и соответственно всей полноты ответственности фельдшеру, уровень базовой подготовки которого определен как соответствующий среднему специальному образованию. Однако должностные обязанности фельдшера значительно шире, чем у традиционного работника среднего звена. Существенные отличия в должностных обязанностях и фельдшера, и медицинской сестры (согласно приказу Минздравсоцразвития РФ от 6 ноября 2009 г. №869 «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих») приведены в рис. 5.3.

Как видно из приведенной таблицы, в отличие от медицинской сестры, только выполняющей назначения врача, фельдшеру предоставлено право самостоятельного решения вопросов оказания медицинской помощи пациенту, а в ряде случаев даже делегированы функции, соответствующие статусу должностного лица (например, при выдаче листка нетрудоспособности).

Изучение нормативной базы по вопросу реализации права пациента на информированное добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства показало, что ФЗ «ОБ ОСНОВАХ...» не содержат каких-либо ограничений на оформление данных документов исключительно медицинскими работниками с высшим образованием. В то же время согласно Приложению № 10 приказа МЗ РФ от 26 марта 1999 г. № 100 фельдшер при выполнении обязанностей по оказанию скорой медицинской помощи в составе фельдшерской бригады является ответственным исполнителем всей работы и несет ответственность в установленном законодательством порядке за осуществляемую профессиональную деятельность. В п. 29, 30 «Карты вызова», указывается, что согласие или отказ пациента от медицинского вмешательства должны быть подписаны медицинским работником, предоставившим пациенту информацию о его состоянии и получившим согласие (отказ). Следовательно, юридически фельдшер правомочен и обязан оформить и подписать со стороны ЛПУ информированное добровольное согласие или отказ пациента от оказания медицинской помощи.

Наибольшие трудности правового характера в работе фельдшерских бригад вызывает ситуация оказания экстренной медицинской помощи пациенту при ургентных состояниях с нарушением уровня сознания.

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах...» в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения. Таким образом, юридически только врач выездной бригады правомочен провести экстренную медицинскую помощь пациенту, не способному выразить свою волю, и оформить необходимую документацию. Действия в такой ситуации фельдшера выездной бригады остаются до настоящего времени юридически не регламентированными.

Скорая медицинская помощь имеет свои особенности и в аспекте соблюдения врачебной тайны. В первую очередь необходимо отметить, что оказание скорой медицинской помощи зачастую происходит в присутствии родственников пациента и иных

лиц, которые обращаются к сотрудникам бригады за получением информации о состоянии больного. Кроме того, согласно п. 13 приказа МЗ РФ от 1 ноября 2004 г. №179 сотрудники станции скорой медицинской помощи должны предоставлять информацию, касающуюся места нахождения больных и пострадавших неограниченному кругу лиц при личном обращении или по телефону. Безусловно, подобная норма обусловлена спецификой скорой медицинской помощи и утверждена в интересах как пациента, так и его близких. В то же время данное основание не включено ФЗ « Об основах...» (ст. 13) в перечень ситуаций, допускающих разглашение врачебной тайны, в частности — самого факта обращения гражданина за медицинской помощью.

№	Обязанности	Фельдшер	Медицинская сестра
1.	Оказание медицинской помощи пациенту	Осуществляет оказание лечебно-профилактической и санитарно-профилактической помощи, первой неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях. Диагностирует типичные случаи наиболее часто встречающихся заболеваний и назначает лечение, используя при этом современные методы терапии и профилактики заболеваний.	Оказывает доврачебную медицинскую помощь. Осуществляет уход за больными в медицинской организации и на дому. Обеспечивает выполнение врачебных назначений. Проводит подготовку пациентов к различного рода процедурам, операциям, к амбулаторному приему врача.
2.	Оперативная деятельность	Оказывает доврачебную помощь, ассистирует врачу при операциях и сложных процедурах, принимает нормальные роды.	Ассистирует при проведении врачом лечебно-диагностических манипуляций и малых операций в амбулаторных и стационарных условиях. Осуществляет стерилизацию медицинских инструментов, перевязочных средств и предметов ухода за больными.
3.	Проведение лабораторных исследований	Проводит лабораторные исследования.	Проводит подготовку пациента к различного рода исследованиям. Осуществляет забор биологических материалов для лабораторных исследований.

4.	Полномочия по оформлению документации	Выписывает рецепты, осуществляет экспертизу временной нетрудоспособности, ведет медицинскую учетно-отчетную документацию	Ведет медицинскую документацию
5.	Лекарственное обеспечение пациентов	Назначает лечение, используя при этом современные методы терапии и профилактики заболеваний. Обеспечивает хранение, учет и списание лекарственных препаратов, соблюдение правил приема лекарственных препаратов пациентами	Осуществляет учет, хранение, использование лекарственных средств и этилового спирта. Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов
6.	Профилактическая работа	Организует и проводит диспансерное наблюдение за различными группами населения (дети; подростки; беременные женщины; участники и инвалиды войн; пациенты, перенесшие острые заболевания; пациенты, страдающие хроническими заболеваниями). Организует и проводит профилактические прививки детям и взрослым. Проводит санитарно-просветительную работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни. Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинфекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.	

Рис. 5.3. Основные разделы должностных обязанностей фельдшера и медицинской сестры.

Как показало исследование законодательной базы, остаются не решенными юридические проблемы, связанные с необходимостью соблюдения врачебной тайны при оказании скорой медицинской помощи. Вопросы о круге лиц, которому возможно предоставление сведений о месте нахождения пациента скорой медицинской помощи, нуждается в законодательном урегулировании на федеральном уровне.

Отдельной проблемой, требующей скорейшего решения, является правовое положение фельдшерской бригады скорой медицинской помощи, оказывающей скорую медицинскую помощь больному, не способному выразить свою волю. В целом необходимо завершить формирование юридического статуса фельдшера бригады скорой медицинской помощи как полноценного медицинского работника, оказывающего данный вид помощи.

6. Проблемы оказания медицинской помощи, связанные с медико-правовыми явлениями

Проблемы оказания медицинской помощи, связанные с медико-правовыми явлениями, чаще возникают у пациентов стран, имеющих государственную систему здравоохранения и неразвитое правовое регулирование сферы медицинской деятельности.

Проблема 1. Рационирование.

Термин «рационирование» происходит от *ration* (англ.) - ограничение, паек. Рационирование представляет собой ограничение в объеме и качестве медицинской помощи, производимое по экономическим соображениям. Оно неизбежно в масштабах страны (бюджет всегда ограничен), но становится опасным, когда его принципы используются при лечении отдельного пациента.

Рационирование бывает справедливым и гласным, но бывает и иным, когда нормальное или даже очень хорошее обеспечение одних (учреждений, пациентов) производится за счет жесткого ограничения других. Рационирование производится лицами, распределяющими материальные блага на трех уровнях. Федеральное собрание и Президент осуществляют его применительно к системе здравоохранения в целом (пока это выглядит как «остаточный принцип финансирования»).

Минздрав и Управления здравоохранения субъектов Федерации осуществляют его применительно к отдельным отраслям, регионам, отдельным учреждениям (хорошо известные феномены «элитных» медицинских учреждений и менее известный феномен учреждений «голодающих»).

Главный врач и лечащий врач могут (но не должны) применять рационирование применительно к отдельным пациентам.

Формальные обоснования для рационирования есть всегда - как экономические (невозможность удовлетворить постоянно растущие потребности в качественной медицинской помощи), так и ценностные (представления о смысле и ценности отдельной человеческой жизни в данном обществе и государстве).

Сведения о массовости обсуждаемого явления и о наиболее ярких его примерах в российской системе здравоохранения впервые обнародованы в 1999 году благодаря началу деятельности в нашей стране Парламентского Уполномоченного по правам человека, когда мировые правозащитные организации настояли на проведении расследования проблемы рационирования системы психиатрической помощи в России.

Во всех сферах государственного здравоохранения рационирование имеет место.

Однако распознать его и оценить последствия для жизни и здоровья конкретного пациента без специальных знаний этого вопроса непросто. Возможность широкого распространения рационирования применительно к отдельным пациентам опять-таки обусловлена отсутствием в государстве предусмотренных законодательством стандартов качества медицинской помощи.

Варианты завуалированных форм рационирования на уровне конкретного

пациента выглядят следующим образом:

1. Врач, принимая больного и начиная его лечение, не назначает ему лучшего (соответственно более дорогого) средства (или не использует в ходе операции лучшие расходные материалы), поскольку, если такие материалы и лекарства предоставить данному больному, то ресурсы больницы, нужные для многих пациентов, быстро иссякнут.

2. Врач, назначая обследование, направляет пациента не на томографию, а на обычную рентгенографию (или на томографию, но не на магниторезонансную томографию), поскольку более дорогой метод по «внутрибольничным правилам» следует использовать ограниченно, для избранной категории пациентов. Больному было бы лучше провести более дорогое исследование, но врач ограничивается более дешевым.

Или же: отделение использовало лимит своих «талонов» на УЗИ исследование, томографию и т. д. Ситуация внешне выглядит как объективная невозможность проведения этого исследования. На самом же деле, и лечащий врач, и заведующий отделением при желании практически всегда могут обеспечить более качественное обследование пациента как в своем учреждении, так и путем его направления (либо перевода) в организацию, более технически оснащенную.

3. Врач лечит пациента от распространенной патологии, и мог бы назначить более дорогое и эффективное лекарство, но не делает этого, поскольку правила требуют, чтобы такое назначение делалось только специалистом-консультантом. К консультанту посылать нет оснований, поскольку «случай прост», а консультации также приводят к расходам. Принятые самими медработниками в данном учреждении (или на более высоком уровне) правила распределения ресурсов снимают с врача (но не с учреждения) юридическую ответственность, однако рационализация по существу не исчезает.

4. Врач посылает своего пациента на консультацию к штатному специалисту (невропатологу, пульмонологу и т. д.) больницы, известному как посредственный специалист, вместо того, чтобы послать к отличному приглашаемому консультанту.

5. Врач начинает лечение с *дешевого*, не лучшего средства, в надежде на то, что оно поможет и в более дорогом нужды не будет. Поскольку критерии для решения «подействовало или нет» не установлены, то почти любое облегчение при приемлемых побочных эффектах можно принять за достижение результата. Если пациент находится в стационаре, время, отпущенное для лечения (так называемый «средний койко-день») достаточно быстро истекает, и возможности попробовать более эффективный препарат остаются неиспользованными, хотя врач был обязан предполагать возможность развития подобной ситуации. Реально полноценного лечения пациент так и не получит.

Общим для вышеназванных пяти вариантов медицинских ситуаций является то, что пациент так и *не знает* того, что ему не была предоставлена современная, качественная помощь. Если пациент не знает о наличии более полезной для него альтернативы, то решение врача в пользу применения более дешевых методов диагностики и лечения выглядит решением, исходящим только из интересов пациента.

В действительности, назначение не лучших, а более дешевых (для учреждения) методов лечения без согласования с пациентом является **сознательным введением** его в заблуждение и может (и должно) быть наказуемо. Это правонарушение, проявляющееся в невыполнении требования законодательства, установившего, что до начала любого медицинского вмешательства врач обязан получить от пациента добровольное информированное согласие.

Перечисленные случаи являются рационализацией тогда, когда средства

сохраняются не в интересах данного пациента, а в интересах учреждения (= государства). Если же речь идет об обследовании и лечении, за которые платит пациент, то учет расходов пациента является не только желательным, но обязательным для хорошей медицинской помощи. Экономия средств пациента, сопоставление желаемого эффекта с имеющимися возможностями не является рაციонированием, а является максимизацией эффекта в пределах финансовых возможностей пациента.

Однако в условиях российской практики платной медицинской помощи бывает все “с точностью да наоборот” - в фонд оплаты труда медработников идет фиксированный процент от каждой медицинской услуги, поэтому врач имеет экономически обоснованное желание обследовать и лечить **“по полной программе”**, что далеко не всегда необходимо и безопасно для пациента.

В условиях хронического недофинансирования здравоохранения и неприменения стандартов качества помощи большинство российских пациентов становятся (обычно, не осознавая этого) жертвами рაციонирования. Со стороны медработников участие в рაციонировании является профессиональной небрежностью, поскольку как любое медицинское вмешательство, рაციонированная помощь может осуществляться только после информированного добровольного согласия на это пациента.

Поэтому основной способ предупреждения попыток рაციонирования - это обязательное использование пациентом (его представителем) своего права на то, чтобы оказание помощи не начиналось без получения добровольного информированного согласия.

Чаще всего попытки рაციонирования наблюдаются при оказании медицинской помощи лицам старческого и пожилого возраста.

Проблемы реального качества медицинской помощи, эффективности использования государственных средств и неподотчетности здравоохранения обществу хорошо знакомы цивилизованным странам. В частности, опыт развитой страны с государственным здравоохранением - Великобритании может оказаться очень ценным для России.

В Великобритании, с 1948 года имеющей аналогичную России государственную систему здравоохранения, для контроля за качеством медицинской помощи установлено 15 простых клинических индикаторов, которые позволяют четко говорить о том, насколько качественно работает любой стационар, и, соответственно, здравоохранение в целом.

Любой стационар Великобритании сегодня отчитывается перед налогоплательщиками по нижеприведенным клиническим индикаторам качества:

- смерть в стационаре в течение 30 дней после экстренной и плановой госпитализации;
- экстренная повторная госпитализация в течение 28 дней после выписки;
- частота раневых инфекций в стационаре после хирургического лечения поступивших в плановом или экстренном порядке;
- выписка домой в течение 56 дней после экстренной госпитализации с инсультом;
- повторная операция после операции ушивания грыжи;
- смерть в стационаре в течение 30 дней после экстренной госпитализации с сердечным приступом;
- повреждение органов при хирургических вмешательствах при экстренной и плановой госпитализации;
- легочные тромбозы в стационаре после хирургических вмешательств;

- кардиологические осложнения у пациентов хирургических стационаров оперированных в плановом и экстренном порядке;
- осложнения со стороны ЦНС после хирургических процедур, проведенных в плановом и экстренном порядке;
- повторная операция после операции на предстательной железе;
- выписка домой в течение 56 дней при плановой и экстренной госпитализации при переломе шейки бедра;
- смерть в стационаре в течение 30 дней после плановой или экстренной госпитализации по поводу перелома шейки бедра;
- частота операций выскабливания матки среди женщин моложе 40 лет;
- осложнения лекарственной терапии у пациентов стационаров, поступивших в плановом и экстренном порядке.

В ФЗ «Об основах...» 2011 г. указано, что *«качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата»*.

Как это применяется на практике, пока не ясно. Используемые в здравоохранении России статистические показатели, характеризующие медицинскую помощь, в последние 70 лет производны не от ее качества, а лишь от количества. Здравоохранение отчитывается и контролирует свою деятельность по показателям, введенным еще Наркомом послереволюционной России Н.А. Семашко.

7. Народная медицина

«ФЗ «Об основах...» в ст. 50. дают определение того, что такое народная медицина и перечисляют основания, позволяющие заниматься этим видом деятельности (Рис. 7.1).

По сравнению с «Основами» 1993 г., в новом законе исчез термин «целительство» и упоминание о «дипломе целителя». Исчезло запрещение проведения сеансов массового целительства, в том числе с использованием средств массовой информации.

Согласно статье 50 ФЗ «Об основах...», лицо, получившее разрешение, занимается народной медициной в порядке, установленном органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации; народная медицина не входит в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и к народной медицине не относится оказание услуг оккультно-магического характера, а также совершение религиозных обрядов.

Колдуны, лешие, маги, экстрасенсы, предлагающие стопроцентную диагностику и излечение от самых сложных болезней, стали повседневной реальностью нашей жизни. Когда они начинают работать с пациентами - это реальная лечебно-диагностическая медицинская деятельность. Однако то, что они иногда обещают (растворить камни, очистить сосуды, вырастить волосы, излечить алкоголизм или наркоманию, дематериализовать опухоль и т. д. и т. п.) иначе как шарлатанством назвать нельзя. Где же проходит черта между нетрадиционной медицинской помощью людям и достаточно опасным их одурачиванием? Грань эта известна и называется «законная медицинская деятельность».

Народная медицина	
Понятие	методы оздоровления, утвердившиеся в народном опыте, в основе которых лежит использование знаний, умений и практических навыков по оценке и восстановлению здоровья.
Право на занятие народной медициной	имеет гражданин, получивший разрешение, выданное органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.
Условие получения права	решение о выдаче разрешения на занятие народной медициной принимается на основании заявления гражданина и представления медицинской профессиональной некоммерческой организации либо заявления гражданина и совместного представления медицинской профессиональной некоммерческой организации и медицинской организации. Разрешение дает право на занятие народной медициной на территории субъекта РФ, органом исполнительной власти которого выдано такое разрешение.
Лишение гражданина разрешения на занятие народной медициной	производится по решению органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, выдавшего такое разрешение, и может быть обжаловано в суд.
Ответственность, предусмотренная законодательством РФ	незаконное занятие народной медициной, а также причинение вреда жизни или здоровью граждан при занятии народной медициной.

Рис. 7.1. Народная медицина.

Что об этом говорит беспристрастный язык закона?

Во-первых, о том, что считается собственно медицинской деятельностью. К медицинской деятельности следует отнести систематические (т. е. два и более раза) действия граждан или юридических лиц, направленные на оказание медицинских (профилактических, диагностических, лечебных или реабилитационных) услуг. Она строго регламентирована законодательством. Нарушение установленных законодательством требований является прямой угрозой личной безопасности граждан, поскольку обсуждаемый вид деятельности осуществляется в сфере наиболее значимых их интересов и прав - прав на жизнь и здоровье. Медицинская деятельность лишь тогда может быть признана не опасной для жизни и здоровья граждан, когда ее осуществляют лица, обладающие необходимым уровнем профессиональной подготовки, а также способные обеспечить необходимые для оказания услуг санитарно-гигиенические, технические, аппаратные, противопожарные и другие условия.

Лицензия является основным документом любого лица (как юридического, так и физического), подтверждающим его право на занятие медицинской деятельностью. Лицензия выдается на определенный срок (до 5 лет) лицензионными палатами, действующими при органах государственной власти субъектов федерации.

Для физических лиц установлено общее правило о том, что право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие

свидетельство об аккредитации специалиста (до 1 января 2016 г. – сертификат специалиста).

Аккредитация специалиста - процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Физические лица, незаконно (т. е. без наличия лицензии и сертификата) занимающиеся медицинской деятельностью, несут административную, а при наступлении неблагоприятных последствий - уголовную ответственность по ст. 171 Уголовного Кодекса РФ. Если юридическое лицо осуществляет медицинскую деятельность без лицензии, его руководитель также может подлежать уголовной ответственности по ст.171 УК РФ. В случае, если юридическое лицо имеет лицензию на медицинскую деятельность, но некоторые врачи не имеют сертификата специалиста, либо данное юридическое лицо осуществляет виды деятельности, не предусмотренные лицензией, эти нарушения являются основанием для приостановления действия либо отзыва последней.

Пациенты при обращении к нетрадиционным или редким методам диагностики и лечения, т. е. к народной медицине, должны обязательно знакомиться с разрешительными документами (лучше с оригиналами или нотариально заверенными копиями). Это для народной медицины - разрешения на занятие народной медициной, выданное органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья. Особое внимание должно быть обращено на то, входит ли интересующая пациента (или предлагаемая ему) медицинская услуга в перечень разрешенных данному юридическому или физическому лицу видов деятельности.

Контрольные вопросы:

1. Что представляет собой система здравоохранения?
2. Какой закон в вопросах здравоохранения по правовому статусу является правовым актом высшей юридической силы, во исполнение которого принимаются федеральные законы и подзаконные акты?
3. Проведите сравнительный анализ здравоохранения в тоталитарном и правовом государстве.
4. Охарактеризуйте систему советского здравоохранения по позициям: цель, принципы, центральное звено, обязанности и ответственность субъектов и т. д.
5. Охарактеризуйте современную систему российского здравоохранения по позициям: цель, принципы, центральное звено, обязанности и ответственность субъектов и т. д.
6. Охарактеризуйте причины, по которым прогрессивные изменения законодательства о здравоохранении не реализуются в действующей системе российского здравоохранения.
7. Изложите точку зрения на деятельность системы здравоохранения в РФ с

позиции больного человека.

8. Изложите точку зрения на деятельность системы здравоохранения в РФ с позиции здорового человека.

8. Изложите точку зрения на деятельность системы здравоохранения в РФ с позиции медработника (врача, медсестры, ученого).

10. Изложите точку зрения на деятельность системы здравоохранения в РФ с позиции администратора здравоохранения (или руководителя органа государственной власти).

11. Изложите точку зрения на деятельность системы здравоохранения в РФ с позиции экономиста (специалиста по страхованию, бизнесмена и т. д.).

12. Изложите точку зрения на деятельность системы здравоохранения в РФ с позиции политика.

13. Изложите точку зрения на деятельность системы здравоохранения в РФ с позиции правоведа.

14. Изложите точку зрения на деятельность системы здравоохранения в РФ с позиции студента медицинского вуза.

15. Охарактеризуйте положения статьи 14 «Об основах...» - Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья.

16. Охарактеризуйте положения статьи 15 «Об основах...» - Передача осуществления полномочий Российской Федерации в сфере охраны здоровья органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

17. Охарактеризуйте положения статьи 16 «Об основах...» - Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

18. Охарактеризуйте положения статьи 17 «Об основах...» - Полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья.

19. Охарактеризуйте положения статьи 29 «Об основах...» - Организация охраны здоровья.

20. Охарактеризуйте государственную систему здравоохранения. Перечислите организационно-правовые вопросы, которые возникают у пациента (или его представителей) при обращении за медицинской помощью к государственной системе здравоохранения.

21. Охарактеризуйте муниципальную систему здравоохранения. Перечислите организационно-правовые вопросы, которые возникают у пациента (или его представителей) при обращении за медицинской помощью к муниципальной системе здравоохранения.

22. Охарактеризуйте частную систему здравоохранения. Перечислите организационно-правовые вопросы, которые возникают у пациента (или его представителей) при обращении за медицинской помощью к частной системе здравоохранения.

23. Перечислите лиц, участвующих в процессе оказания медицинской помощи и в процессе защиты прав и законных интересов пациента.

24. Назовите лиц, которые в соответствии с законодательством уполномочены защищать права и законные интересы пациентов.

25. Какова роль и ответственность врача как государственного служащего в условиях оказания «бесплатной» медицинской помощи.

26. Охарактеризуйте положения статьи 30 «Об основах...» - Профилактика

заболеваний и формирование здорового образа жизни.

27. Охарактеризуйте положения статьи 31 «Об основах...» - Первая помощь.

28. Охарактеризуйте положения статьи 32 «Об основах...» - Медицинская помощь.

29. Дайте определения понятиям «Первая помощь. Медицинская помощь. Первичная медико-санитарная помощь».

30. Охарактеризуйте положения статьи 34 «Об основах...» - Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

31. Чем отличается первичная медико-санитарная помощь от специализированной медицинской помощи?

32. Охарактеризуйте положения статьи 35 «Об основах...» - Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь.

33. Каковы права и обязанности врача скорой медицинской помощи?

34. Каков правовой статус фельдшера скорой медицинской помощи?

35. Охарактеризуйте положения статьи 36 «Об основах...» - Паллиативная медицинская помощь.

36. Охарактеризуйте положения статьи 37 «Об основах...» - Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи.

37. Охарактеризуйте положения статьи 38 «Об основах...» – Медицинские изделия.

38. Охарактеризуйте положения статьи 39 «Об основах...» – Лечебное питание.

39. Охарактеризуйте положения статьи 40 «Об основах...» – Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение.

40. Охарактеризуйте положения статьи 41 «Об основах...» - Организация и оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

41. Охарактеризуйте положения статьи 42 «Об основах...» – Особенности организации оказания медицинской помощи населению отдельных территорий и работникам отдельных организаций.

42. Охарактеризуйте положения статьи 43 «Об основах...» – Медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Перечислите социально значимые заболевания.

43. Перечислите заболевания, представляющие опасность для окружающих.

44. Охарактеризуйте положения статьи 44 «Об основах...» – Медицинская помощь гражданам, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями. Назовите несколько редких заболеваний.

45. Охарактеризуйте положения статьи 46 «Об основах...» – Медицинские осмотры, диспансеризация.

46. Охарактеризуйте положения статьи 48 «Об основах...» – Врачебная комиссия и консилиум врачей.

47. Охарактеризуйте положения статьи 49 «Об основах...» – Медицинские отходы.

48. Охарактеризуйте положения статьи 50 «Об основах...» - Народная медицина.

Тема: Правовые вопросы профилактики инфекционных заболеваний

Цель: рассмотреть медико–правовые вопросы сохранения здоровья и профилактики заболеваний в современном обществе.

План:

1. Анализ статей ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», посвященных профилактике заболеваний.
2. ФЗ от 17.09.1998 г. № 157–ФЗ (ред. от 02.07.2013 г.) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» – основные понятия. Государственная политика в области иммунопрофилактики.
3. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.
4. Национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.
5. Требования к проведению профилактических прививок и требования к медицинским иммунобиологическим препаратам.
6. Социальная поддержка граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.

Рекомендуемая литература

Основная

1. Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принятый 1 ноября 2011 г. (с изм. на 22.10.2014 г.).
2. Федеральный закон от 17.09.1998 г. № 157–ФЗ (ред. от 02.07.2013) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».
3. Воробьева, Л. В. Медицинское право: краткий курс лекций / Л.В. Воробьева. - Ростов н/Д : Феникс, 2014. - 171 с. (С. 134-139).
4. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс: в 3 т.– М.: ГЭОТАР–Медиа, 2008. – 976 с.

Дополнительная

1. Приказ МЗ и СР РФ от 31.01.2011 № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».
2. Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок. Утвержден Постановлением Правительства РФ от 15 июля 1999 г. №825. (Статус документа – действует).
3. Перечень поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий. Утвержден Постановлением Правительства РФ от 2 августа 1999 г. № 885.(Статус документа – действует).
4. Обеспечение безопасности иммунизации. Санитарно–эпидемиологические правила СП 3.3.2342–08.(утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 03 марта 2008 г., №15. (Статус документа – действует).
5. Методические указания МУ 3.3. 1879-04. Расследование поствакцинальных осложнений. (утв. Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав

потребителей и благополучия человека. Главным государственным санитарным врачом РФ 04.03.2004. Текст документа по состоянию на июль 2011 года).

6. Методические указания МУ 3.3.1.1095-02. Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок. (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 09.01.2002 г.). Текст документа по состоянию на июль 2011 года.

7. Методические указания МУ 3.3.1.1123-02. Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 26.05.2002) (Статус документа – действует).

8. Вартапетова Н.В. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в стационарах //Здравоохранение, – 2013. – № 4. – С. 60-70.

1. Анализ статей ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», посвященных профилактике заболеваний

В статье 1 ФЗ «Об основах...» понятие «профилактика» характеризуется как комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Анализ данного понятия позволяет выделить составляющие профилактики:

- 1) формирование здорового образа жизни,
- 2) предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний,
- 3) раннее выявление заболеваний, выявление причин и условий их возникновения и развития,
- 4) устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Приоритет профилактики выделен в качестве одного из основных принципов охраны здоровья (ст. 4 ФЗ «Об основах...»).

В статье 12 ФЗ «Об основах...» определены пути обеспечения приоритета профилактики в сфере охраны здоровья (рис. 1.1).

Немногочисленные обязанности граждан в сфере охраны здоровья (ст. 27 ФЗ «Об основах...»), кроме того, что граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья, включают обязанность проходить медицинские осмотры, а для граждан, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, - обязанность проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний, но только в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:
1) разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;
2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
3) - осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально-значимых заболеваний и борьбе с ними;

4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;
5) осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Рис. 1.1. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья.

В главе 5 ФЗ «Об основах...» «Организация охраны здоровья» статья 30 посвящена профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни (рис. 1.2).

Анализ положений статьи 30 показывает, что законодатель разделяет профилактику на две категории – инфекционных и неинфекционных болезней. Оба вида профилактики должны осуществляться путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, но если иммунопрофилактика осуществляется в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, то для неинфекционных заболеваний таких гарантий не предусмотрено.

К рассматриваемой теме относятся и положения статьи 43 ФЗ «Об основах...» - Медицинская помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в которой указано, что перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утверждаются Правительством РФ исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших.

Уточнение этих положений требует обращения к Федеральному Закону «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

2. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» - основные понятия. Государственная политика в области иммунопрофилактики

Принятие Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (далее – ФЗ «Об иммунопрофилактике...») 17.09.1998 г. №157-ФЗ (ред. от 02.07.2013 г.) послужило основой для формирования нормативной базы вакцинации населения, в которой система государственных гарантий и контроль за проведением профилактических мероприятий занимают ведущее место.

Иммунопрофилактика инфекционных болезней	система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок
Профилактические прививки	введение в организм человека медицинских иммунобиологических препаратов для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням
Медицинские иммунобиологические препараты	вакцины, анатоксины, иммуноглобулины и прочие лекарственные средства, предназначенные для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням

Национальный календарь профилактических прививок	нормативный правовой акт, устанавливающий сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок
Поствакцинальные осложнения	тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок
Сертификат профилактических прививок	документ, в котором регистрируются профилактические прививки гражданина

Рис. 2.1. - Основные понятия, применяемые в ФЗ «Об иммунопрофилактике...».

Закон впервые установил в нашей стране правовые основы в области иммунопрофилактики инфекций, которая осуществляется в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия граждан. Основные понятия, применяемые в законе, представлены на рис. 2.1.

Государственная политика в области иммунопрофилактики направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней.

Гарантии государства распространяются на многие аспекты иммунопрофилактики (рис. 2.2).

<p>В области иммунопрофилактики государство гарантирует:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) доступность для граждан профилактических прививок; 2) бесплатное проведение профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения; 3) социальную поддержку граждан при возникновении поствакцинальных осложнений; 4) разработку и реализацию федеральных целевых программ и региональных программ; 5) использование для осуществления иммунопрофилактики эффективных медицинских иммунобиологических препаратов; 6) государственный контроль качества, эффективности и безопасности медицинских иммунобиологических препаратов; 7) поддержку научных исследований в области разработки новых медицинских иммунобиологических препаратов; 8) обеспечение современного уровня производства медицинских иммунобиологических препаратов; 9) государственную поддержку отечественных производителей медицинских иммунобиологических препаратов; 10) включение в федеральные государственные образовательные стандарты подготовки медицинских работников вопросов иммунопрофилактики; 11) совершенствование системы статистического наблюдения; 12) обеспечение единой государственной информационной политики; 13) развитие международного сотрудничества.

Рис. 2.2. Статья 4 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» - государственная политика в области иммунопрофилактики.

3. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики

В статье 5 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» перечислены права и обязанности граждан (рис. 3.1).

В части 1 статьи 5 приведены права граждан при осуществлении иммунопрофилактики. Акцент сделан на праве получить от медицинских работников полную информацию о проводимых прививках – *«получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях»*. Медицинский работник (медсестра, фельдшер, врач) обязаны в доступной форме объяснить родителям или гражданам необходимость той или иной прививки. Также медицинские работники обязаны заранее проинформировать о сроках конкретных вакцинаций, против какой инфекции проводится прививка, чем опасно заболевание для не привитых, о необходимости наблюдения за ребенком после прививки и обращения к врачу в случаях нарушения самочувствия ребенка. Родители также должны знать о редком, но возможном побочном действии вакцин - поствакцинальных осложнениях.

В законе определено, что вакцинация является добровольной, т. е. прививки проводят только с согласия родителей ребенка или его законных представителей. Отказ должен быть подтвержден письменно. Никаких ограничений на посещение не привитым ребенком детских учреждений вне эпидемической ситуации по соответствующей инфекции не установлено. В этом же законе предусмотрено право граждан на социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений.

Документом, регламентирующим порядок вакцинации, является приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2011 г. №51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

Для правильной оценки противопоказаний к прививке необходимо знать классификацию вакцинных препаратов, их состав и оказываемое на организм влияние. Как известно, вакцины можно условно разделить на две группы - живые и инактивированные (неживые), которые существенно различаются по своим характеристикам.

Живые вакцины (полиомиелитная, коревая, паротитная, ветряночная и др.) содержат авирулентные, аттенуированные или близкородственные не патогенные для человека штаммы микроорганизмов (вакцина против туберкулеза). Живые вакцины термолабильны (при нагревании, при комнатной температуре в течение 30 и более минут теряют свою иммуногенность), не включают адьювантов, содержат незначительное количество антибиотиков (аминогликозидного ряда), белков той среды, на которой выращивался микроорганизм (в качестве сред используют эмбрионы японских перепелок, куриные эмбрионы, диплоидные клетки человека), в ряде случаев - остаточное количество альбумина и желатина.

Микроорганизмы живых вакцин индуцируют специфический клеточный, гуморальный и секреторный иммунитет. Гуморальный иммунитет (Th2 тип иммунных реакций) связан с образованием антител: антибактериальных, вируснейтрализующих или участвующих в реакции комплемент-зависимой цитотоксичности.

Секреторные специфические антитела создают первый барьер защиты от инфекций за счет предотвращения адгезии микроорганизма на слизистых. Клеточный иммунитет (ТМ тип), наиболее важный для защиты против вирусных возбудителей, связан с формированием специфических цитотоксических клеток, способных распознавать клетки,

зараженные соответствующим вирусом, и элиминировать их. Атенуированные антигены живых вакцин размножаются в организме привитого, воспроизводят в ослабленном виде инфекционный процесс и способны вызывать вакциноассоциированные заболевания при реверсии штамма или при дефектах иммунитета у прививаемого. Поэтому живые вакцины противопоказаны лицам с тяжелыми иммунодефицитными состояниями.

Группа неживых вакцин разнообразна:

инактивированные цельноклеточные (коклюшная) и целновирионные (инактивированная полиомиелитная, против клещевого энцефалита, гепатита А и др.); химические бесклеточные (коклюшная ацеллюлярная) и полисахаридные (менингококковая, пневмококковая); рекомбинантные (против гепатита В, вируса папилломы человека и др.); анатоксины (дифтерийный, столбнячный и т. п.).

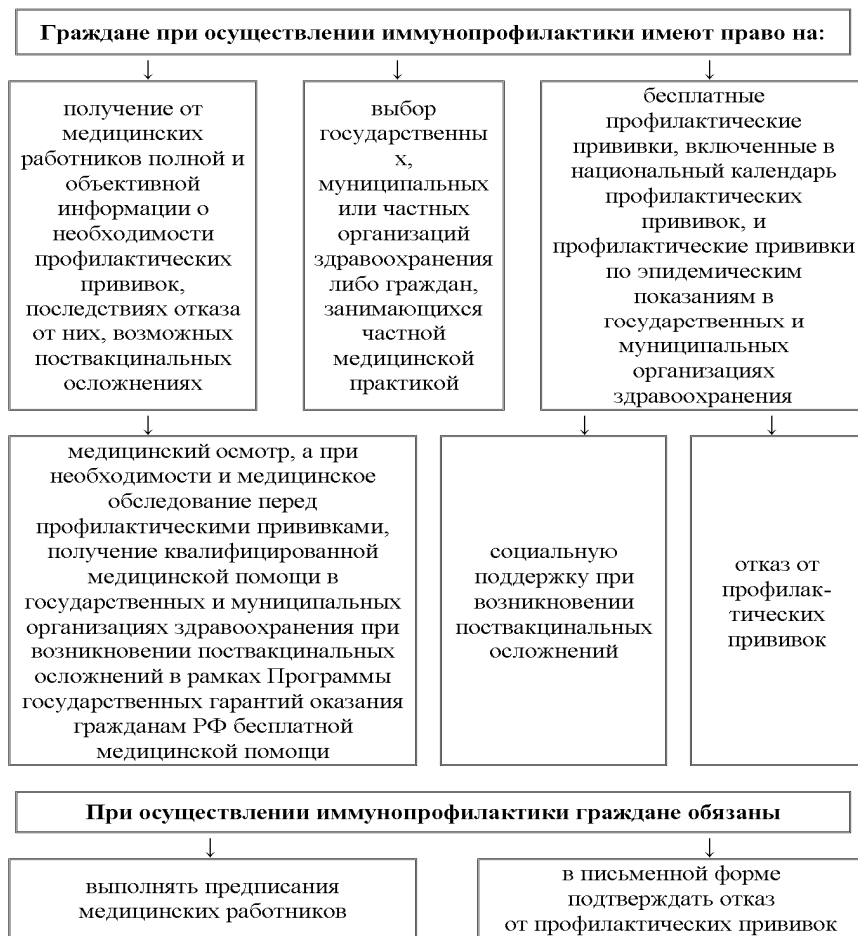


Рис. 3.1. Статья 5ФЗ «Об иммунопрофилактике...» - права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.

Несмотря на различия в методах получения, реактогенности, иммуногенности, их объединяет отсутствие живого микроорганизма. Как правило, эти вакцины содержат стабилизаторы и адьювант, оказывающий иммуностимулирующий эффект на специфическое антителообразование. Общим свойством неживых вакцин является снижение иммуногенности и увеличение реактогенности при замораживании.

Введение неживых вакцин рассчитано преимущественно на формирование специфических антител (стимуляцию гуморального Th2 типа иммунного ответа). Они стимулируют образование менее напряженного и длительного специфического иммунного ответа, чем живые вакцины, поэтому требуют повторных введений. Важным свойством неживых вакцин является отсутствие вакциноассоциированных заболеваний и возможность применения у пациентов в любых иммунодефицитных состояниях. Абсолютно ареактогенных вакцин нет, все вакцинальные процессы имеют общие закономерности, зависящие не только от свойств вакцин, но и от конституциональных, генетических особенностей организма, в частности системы HLA. Достаточно часто в поствакцинальном периоде случайно присоединяются интеркуррентные инфекции, что нередко ошибочно трактуется как поствакцинальное осложнение на прививку.

В части 2 ст. 5 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» перечислены последствия отсутствия профилактических прививок (рис. 3.2).

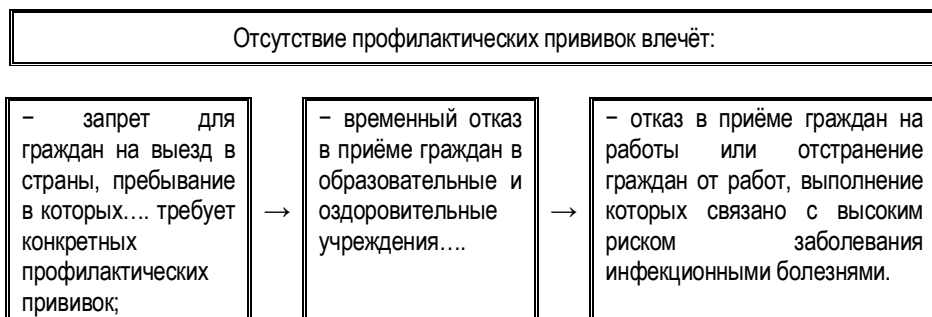


Рис. 3.2. Статья 5 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» – последствия отсутствия профилактических прививок.

Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается уполномоченным Правительством РФ федеральным органом исполнительной власти. Этот перечень утвержден Постановлением Правительства РФ от 15 июля 1999 г. №825. К ним относятся:

«Сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные и другие работы по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные работы на территориях, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

Работы по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения на территориях, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

Работы в организациях по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

Работы по заготовке, хранению и переработке сельскохозяйственной продукции на территориях, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

Работы по убою скота, больного инфекциями, общими для человека и животных, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов.

Работы, связанные с уходом за животными и обслуживанием животноводческих объектов в животноводческих хозяйствах, неблагополучных по инфекциям, общим для человека и животных.

Работы по отлову и содержанию безнадзорных животных.

Работы по обслуживанию канализационных сооружений, оборудования и сетей.

Работы с больными инфекционными заболеваниями.

Работы с живыми культурами возбудителей инфекционных заболеваний.

Работы с кровью и биологическими жидкостями человека.

Работы во всех типах и видах образовательных учреждений».

4. Национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям

В статье 9 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» перечислены заболевания, профилактика которых предусмотрена Национальным календарем профилактических прививок.

Национальный календарь профилактических прививок включает в себя профилактические прививки против гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, эпидемического паротита, гемофильной инфекции и гриппа. Национальный календарь профилактических прививок, сроки их проведения и категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации, утверждаются федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения.

В настоящее время действует Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2011 г. №51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (таблица 4.1), а с 1 января 2014 года в Национальный календарь прививок добавлена прививка против пневмококковой инфекции.

В примечании к данному приказу уточняются правила иммунизации:

«1. Иммунизация в рамках национального календаря профилактических прививок проводится медицинскими иммунобиологическими препаратами, зарегистрированными в соответствии с законодательством Российской Федерации, согласно инструкциям по применению.

2. При нарушении сроков иммунизации ее проводят по предусмотренным национальным календарем профилактических прививок схемам и в соответствии с инструкциями по применению препаратов. Допускается введение вакцин (кроме вакцин для профилактики туберкулеза), применяемых в рамках национального календаря профилактических прививок, в один день разными шприцами в разные участки тела.

3. Иммунизация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, осуществляется в рамках национального календаря профилактических прививок в соответствии с инструкциями по применению вакцин и анатоксинов. При иммунизации

таких детей учитываются: ВИЧ-статус ребенка, вид вакцины, показатели иммунного статуса, возраст ребенка, сопутствующие заболевания.

4. Иммунизация детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и получавших трехэтапную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (во время беременности, родов и в периоде новорожденности), проводится в родильном доме вакцинами для профилактики туберкулеза (для щадящей первичной иммунизации). У детей с ВИЧ-инфекцией... вакцинация против туберкулеза не проводится.

5. Детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, иммунизация против полиомиелита проводится инактивированной вакциной независимо от их ВИЧ-статуса.

6. Иммунизация живыми вакцинами в рамках национального календаря профилактических прививок (за исключением вакцин для профилактики туберкулеза) проводится ВИЧ-инфицированным детям с 1-й и 2-й иммунными категориями (отсутствие или умеренный иммунодефицит).

Таблица 4.1.

Национальный календарь профилактических прививок

Категории и возраст граждан	Наименование прививки	Порядок проведения профилактических прививок
Новорожденные в первые 24 часа жизни	Первая вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин новорожденным, в том числе из групп риска: родившиеся от матерей - носителей HBsAg; больных вирусным гепатитом В или перенесших вирусный гепатит В в третьем триместре беременности; не имеющих результатов обследования на маркеры гепатита В; наркозависимых, в семьях, в которых есть носитель HBsAg или больной острым вирусным гепатитом В и хроническими вирусными гепатитами (далее - группы риска)
Новорожденные на 3 - 7 день жизни	Вакцинация против туберкулеза	Проводится новорожденным вакцинами для профилактики туберкулеза (для щадящей первичной иммунизации) в соответствии с инструкциями по их применению. В субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости, превышающими 80 на 100 тыс. населения, а также при наличии в окружении новорожденного больного туберкулезом - вакциной для профилактики туберкулеза
Дети в 1 месяц	Вторая вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, в том числе из групп риска
Дети в 2 месяца	Третья вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям из групп риска

Дети в 3 месяца	Первая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы
	Первая вакцинация против гемофильной инфекции	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям, относящимся к группам риска:
		- с иммунодефицитными состояниями или анатомическими дефектами, приводящими к резко повышенной опасности заболевания Hib-инфекцией
- с онкогематологическими заболеваниями и/или длительно получающие иммуносупрессивную терапию		
- ВИЧ-инфицированным или рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей;		
		- находящимся в закрытых детских дошкольных учреждениях (дома ребенка, детские дома, специализированные интернаты (для детей с психоневрологическими заболеваниями и др.), противотуберкулезные санитарно-оздоровительные учреждения)
		Примечание: Курс вакцинации против гемофильной инфекции для детей в возрасте от 3 до 6 месяцев состоит из 3 инъекций по 0,5 мл с интервалом 1 - 1,5 месяца. Для детей, не получивших первую вакцинацию в 3 месяца, иммунизация проводится по следующей схеме: для детей в возрасте от 6 до 12 месяцев - 2 инъекции по 0,5 мл с интервалом в 1 - 1,5 месяца, для детей от 1 года до 5 лет - однократная инъекция 0,5 мл
	Первая вакцинация против полиомиелита	Проводится вакцинами для профилактики полиомиелита (инактивированными) в соответствии с инструкциями по их применению
Дети в 4,5 месяцев	Вторая вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим первую вакцинацию в 3 месяца
	Вторая вакцинация против гемофильной инфекции	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим первую вакцинацию в 3 месяца
	2-я вакцинация против полиомиелита	Проводится вакцинами для профилактики полиомиелита (инактивированными) в соответствии с инструкциями по их применению

Дети в 6 месяцев	Третья вакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим первую и вторую вакцинацию в 3 и 4,5 месяца соответственно
	Третья вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, не относящимся к группам риска, получившим первую и вторую вакцинацию в 0 и 1 месяц соответственно
	Третья вакцинация против гемофильной инфекции	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям, получившим первую и вторую вакцинацию в 3 и 4,5 месяца соответственно
	Третья вакцинация против полиомиелита	Проводится детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями. Дети, находящиеся в закрытых детских дошкольных учреждениях (дома ребенка, детские дома, специализированные интернаты (для детей с психоневрологическими заболеваниями и др.), противотуберкулезные санитарно-оздоровительные учреждения), по показаниям вакцинируются трехкратно вакцинами для профилактики полиомиелита (инактивированными)
Дети в 12 месяцев	Вакцинация против кори, краснухи, эпид. паротита	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы
Четвертая вакцинация против вирусного гепатита В		Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям из групп риска
Дети в 18 месяцев	Первая ревакцинация против дифтерии, коклюша, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы
	Первая ревакцинация против полиомиелита	Проводится детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению
	Ревакцинация против гемофильной инфекции	Ревакцинацию проводят однократно детям, привитым на первом году жизни в соответствии с инструкциями по применению вакцин
Дети в	Вторая	Проводится детям данной возрастной группы вакцинами

20 месяцев	ревакцинация против полиомиелита	для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению
Дети в 6 лет	Ревакцинация против кори, краснухи, эпид. паротита	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям данной возрастной группы, получившим вакцинацию против кори, краснухи, эпидемического паротита
Дети в 6-7 лет	Вторая ревакцинация против дифтерии, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению анатоксинов с уменьшенным содержанием антигенов детям данной возрастной группы
Дети в 7 лет	Ревакцинация против туберкулеза	Проводится не инфицированным микобактериями туберкулеза туберкулиноотрицательным детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики туберкулеза в соответствии с инструкциями по их применению
Дети в 14 лет	Третья ревакцинация против дифтерии, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению анатоксинов с уменьшенным содержанием антигенов детям данной возрастной группы
	Третья ревакцинация против полиомиелита	Проводится детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики полиомиелита (живыми) в соответствии с инструкциями по их применению
	Ревакцинация против туберкулеза	Проводится не инфицированным микобактериями туберкулеза туберкулиноотрицательным детям данной возрастной группы вакцинами для профилактики туберкулеза в соответствии с инструкциями по их применению
		В субъектах Российской Федерации с показателями заболеваемости туберкулезом, не превышающими 40 на 100 тыс. населения, ревакцинация против туберкулеза в 14 лет проводится туберкулиноотрицательным детям, не получившим прививку в 7 лет
Взрослые от 18 лет	Ревакцинация против дифтерии, столбняка	Проводится в соответствии с инструкциями по применению анатоксинов с уменьшенным содержанием антигенов взрослым от 18 лет каждые 10 лет с момента последней ревакцинации
Дети от 1 года до 18 лет, взрослые от 18 лет	Вакцинация против вирусного гепатита В	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям и взрослым данных возрастных групп по схеме 0-1-6 (1 доза - в момент начала вакцинации, 2 доза - через месяц после 1 прививки, 3 доза - через 6 месяцев от начала иммунизации)

до 55 лет, не привитые ранее			
Дети от 1 года до 18 лет, девушки от 18 до 25 лет	Иммунизация против краснухи	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин детям от 1 года до 18 лет, не болевшим, не привитым, привитым однократно против краснухи, и девушкам от 18 до 25 лет, не болевшим, не привитым ранее	
Дети с 6 месяцев, учащиеся 1 - 11 классов; студенты высших профессиональных и средних профессиональных учебных заведений; взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных учреждений, транспорта, коммунальной сферы и др.); взрослые старше 60 лет		Вакцинация против гриппа	Проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин ежегодно данным категориям граждан
Дети в возрасте 15 - 17 лет включительно и взрослые в возрасте до 35 лет	Иммунизация против кори	Иммунизация против кори детям в возрасте 15 - 17 лет включительно и взрослым в возрасте до 35 лет, не привитым ранее, не имеющим сведений о прививках против кори и не болевшим корью ранее, проводится в соответствии с инструкциями по применению вакцин двукратно с интервалом не менее 3-х месяцев между прививками	
Лица, привитые ранее однократно, подлежат проведению однократной иммунизации с интервалом не менее 3-х месяцев между прививками			

7. При исключении диагноза «ВИЧ-инфекция» детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, проводят иммунизацию живыми вакцинами без предварительного иммунологического обследования.

8. Анатоксины, убитые и рекомбинантные вакцины в рамках национального календаря профилактических прививок вводят всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями. ВИЧ-инфицированным детям указанные препараты вводятся при отсутствии выраженного и тяжелого иммунодефицита.

9. При проведении иммунизации против гепатита В детей первого года жизни, против гриппа детей с 6-месячного возраста и учащихся 1 - 11 классов школ используются вакцины без ртутьсодержащих консервантов».

В статье 10 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» регламентируются профилактические прививки по эпидемическим показаниям:

«1. Профилактические прививки по эпидемическим показаниям проводятся гражданам при угрозе возникновения инфекционных болезней, перечень которых устанавливает федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения.

2. Решения о проведении профилактических прививок по эпидемическим показаниям принимают главный государственный санитарный врач Российской

Федерации, главные государственные санитарные врачи субъектов Российской Федерации.

3. Сроки и порядок проведения профилактических прививок по эпидемическим показаниям устанавливает федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения».

Перечень профилактических прививок по эпидемическим показаниям, согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2011 г. №51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» приведен в таблице 4.2.

Таблица 4.2.

Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям

Наименование прививки	Категории граждан, подлежащих профилактическим прививкам по эпидемическим показаниям, и порядок их проведения	Сроки проведения профилактических прививок по эпидемическим показаниям
Против туляремии	Население, проживающее на энзоотичных по туляремии территориях, а также прибывшие на эти территории лица, выполняющие следующие работы: - сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, другие работы по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные; - по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя туляремии	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против чумы	Население, проживающее на энзоотичных по чуме территориях. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя чумы	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против бруцеллеза	В очагах козье-овечьего типа лица, выполняющие следующие работы: - по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания скота бруцеллезом; - по убою скота, больного бруцеллезом, заготовке и переработке полученных от него мяса и мясопродуктов.	В соответствии с инструкциями по применению вакцин

	Животноводы, ветеринарные работники, зоотехники в хозяйствах, энзоотичных по бруцеллезу. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя бруцеллеза	
Против сибирской язвы	Лица, выполняющие следующие работы: - зооветработники и другие лица, профессионально занятые предубойным содержанием скота, а также убоем, снятием шкур и разделкой туш; - сбор, хранение, транспортировка и первичная переработка сырья животного происхождения; - сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные на энзоотичных по сибирской язве территориях. Работники лабораторий, работающие с материалом, подозрительным на инфицирование возбудителем сибирской язвы	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против бешенства	С профилактической целью иммунизируют лиц, имеющих высокий риск заражения бешенством: - работники лабораторий, работающие с уличным вирусом бешенства; - ветеринарные работники; - егеря, охотники, лесники; - лица, выполняющие работы по отлову и содержанию животных	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против лептоспи-роза	Лица, выполняющие следующие работы: - по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, расположенных на энзоотичных по лептоспирозу территориях; - по убою скота, больного лептоспирозом, заготовке и переработке мяса и мясопродуктов, полученных от больных лептоспирозом животных; - по отлову и содержанию безнадзорных животных. Лица, работающие с живыми культурами возбудителя лептоспироза	В соответствии с инструкциями по применению вакцин

Против клещевого вирусного энцефалита	<p>Население, проживающее на энзоотичных по клещевому вирусному энцефалиту территориях, а также прибывшие на эти территории лица, выполняющие следующие работы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные; - по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения. <p>Лица, работающие с живыми культурами возбудителя клещевого энцефалита.</p> <p>Лица, посещающие энзоотичные по клещевому энцефалиту территории с целью отдыха, туризма, работы на дачных и садовых участках</p>	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против лихорадки Ку	<p>Лица, выполняющие работы по заготовке, хранению, обработке сырья и продуктов животноводства, полученных из хозяйств, где регистрируются заболевания лихорадкой Ку скота.</p> <p>Лица, выполняющие работы по заготовке, хранению и переработке сельскохозяйственной продукции на энзоотичных территориях по лихорадке Ку.</p> <p>Лица, работающие с живыми культурами возбудителей лихорадки Ку</p>	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против желтой лихорадки	<p>Лица, выезжающие за рубеж в энзоотичные по желтой лихорадке районы.</p> <p>Лица, работающие с живыми культурами возбудителя желтой лихорадки</p>	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против холеры	<p>Лица, выезжающие в неблагополучные по холере страны.</p> <p>Граждане Российской Федерации в случае осложнения санитарно-эпидемиологической обстановки по холере в сопредельных странах, а также на территории РФ</p>	В соответствии с инструкциями по применению вакцин

Против брюшного тифа	<p>Лица, занятые в сфере коммунального благоустройства (работники, обслуживающие канализационные сети, сооружения и оборудование, а также предприятий по санитарной очистке населенных мест - сбор, транспортировка и утилизация бытовых отходов).</p> <p>Лица, работающие с живыми культурами возбудителей брюшного тифа.</p> <p>Население, проживающее на территориях с хроническими водными эпидемиями брюшного тифа.</p> <p>Лица, выезжающие в гиперэндемичные по брюшному тифу регионы и страны.</p> <p>Контактные в очагах брюшного тифа по эпидпоказаниям.</p> <p>По эпидемическим показаниям прививки проводят при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом районе проводят массовую иммунизацию населения</p>	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против вирусного гепатита А	<p>Лица, подверженные профессиональному риску заражения (врачи, персонал по уходу за больными, работники сферы обслуживания населения, занятые на предприятиях пищевой промышленности, в организациях общественного питания, а также обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения, оборудование и сети).</p> <p>Лица, выезжающие в неблагополучные регионы и страны, где регистрируется вспышечная заболеваемость.</p> <p>Контактные в очагах гепатита А</p>	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против шигеллезов	<p>Работники инфекционных стационаров и бактериологических лабораторий.</p> <p>Лица, занятые в сфере общественного питания и коммунального благоустройства.</p> <p>Дети, посещающие детские учреждения и выезжающие в оздоровительные лагеря (по показаниям).</p> <p>По эпидемическим показаниям прививки проводят при угрозе возникновения эпидемии или вспышки (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводной и канализационной сети), а также в период эпидемии, при этом в угрожаемом районе проводят массовую иммунизацию населения.</p> <p>Профилактические прививки предпочтительно проводить перед сезонным подъемом заболеваемости шигеллезами</p>	В соответствии с инструкциями по применению вакцин

Против менингококковой инфекции	Дети, подростки, взрослые в очагах менингококковой инфекции, вызванной менингококками серогрупп А или С. Вакцинация проводится в эндемичных регионах, а также в случае эпидемии, вызванной менингококками серогрупп А или С	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против кори	Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против кори, однократно привитые без ограничения возраста	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против гепатита В	Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против гепатита В	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против дифтерии	Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против дифтерии	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против эпидемического паротита	Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках против эпидемического паротита	В соответствии с инструкциями по применению вакцин
Против полиомиелита	Прививкам подлежат контактные в очагах полиомиелита, в том числе вызванного диким полиовирусом (или при подозрении на заболевание):	
	- дети с 3 месяцев до 18 лет	Однократно
	- медработники	Однократно
	- дети, прибывшие из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), с 3 месяцев до 15 лет	Однократно (при наличии достоверных данных о предшествующих прививках) или трехкратно (при их отсутствии)
	Лица без определенного места жительства (при их выявлении) с 3 месяцев до 15 лет	Однократно (при наличии достоверных данных о предшествующих прививках) или трехкратно (при их отсутствии)
	Лица, контактировавшие с прибывшими из эндемичных (неблагополучных) по полиомиелиту стран (территорий), с 3 месяцев жизни без ограничения возраста	Однократно
	Лица, работающие с живым полиовирусом, с материалами, инфицированными (потенциально инфицированными) диким вирусом полиомиелита без ограничения возраста	Однократно при приеме на работу
	проведения иммунизации детей оральной полиомиелитной вакциной по эпидемическим показаниям являются регистрация случая полиомиелита,	

<p>вызванного диким полиовирусом, выделение дикого полиовируса в биопробных материалах от людей или из объектов окружающей среды. В этих случаях иммунизация проводится в соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача субъекта Российской Федерации, которым определяется возраст детей, подлежащих иммунизации, сроки, порядок и кратность ее проведения</p>

Допускается введение инактивированных вакцин, применяемых в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и национального календаря профилактических прививок в один день разными шприцами в разные участки тела.

5. Требования к проведению профилактических прививок и требования к медицинским иммунобиологическим препаратам

В статье 11 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» перечислены требования к проведению профилактических прививок:

«1. Профилактические прив

ивки проводятся гражданам в государственных, муниципальных или частных организациях здравоохранения либо гражданами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии лицензий на медицинскую деятельность.

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

3. Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний.

Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок утверждается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

4. Профилактические прививки проводятся в соответствии с требованиями санитарных правил и в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения».

Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок приведены в Методических указаниях (МУ 3.3.1.1095-02. 3.3.1), Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 09.01.2002 г.).

«1. Область применения

1.1. Настоящие указания предназначены для медицинских работников лечебно-профилактических учреждений, независимо от ведомственной подчиненности и форм собственности, имеющих разрешение на проведение профилактических прививок детям, подросткам и взрослым, а также для специалистов государственной санитарно-эпидемиологической службы, осуществляющих контроль за организацией и проведением профилактических прививок.

1.2. Настоящие Методические указания содержат требования к учету медицинских противопоказаний и проведению профилактических прививок против ряда инфекционных болезней.

1.3. Требования, изложенные в Методических указаниях, направлены на обеспечение эффективности и безопасности вакцинопрофилактики, а также снижение количества необоснованных медицинских отводов от профилактических прививок.

2. Основные положения

2.1. Использование для массовой иммунизации современных высокоэффективных, мало реактогенных вакцин привело к резкому сокращению частоты тяжелых реакций и осложнений, возникающих в поствакцинальном периоде. Основная их часть носит характер индивидуальных реакций, которые невозможно предвидеть, т.е. связать с предшествующим состоянием прививаемого. В поствакцинальном периоде могут наблюдаться нетяжелые местные и, реже, общие реакции, а также патологические состояния, не связанные с вакцинацией.

2.2. Сокращение списка противопоказаний в мире за последние 20 лет обусловлено как повышением качества вакцин, так и расширением наших знаний о причинах осложнений. Противопоказаниями являются лишь немногие виды патологии, повышающие риск развития поствакцинальных осложнений. Подобные состояния должны непременно учитываться как важнейший фактор снижения частоты неблагоприятных событий в поствакцинальном периоде. Поскольку введение некоторых вакцин в активном периоде заболевания может обострить или утяжелить его течение, это также учтено в списке противопоказаний.

Учтена и необходимость защиты проводящего вакцинацию медицинского работника, в вину которому может быть поставлено развитие осложнения или обострения заболевания, не связанного с вакцинацией, а лишь совпадающего с ней по времени.

2.3. Несоблюдение противопоказаний, необоснованные медицинские отводы от прививок часто приводят к тому, что дети с соматической патологией, аллергическими заболеваниями, неврологическими дефектами оказываются беззащитными перед инфекционными болезнями, которые у них текут особенно тяжело...

3. Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок

Примечание:

Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний являются временными противопоказаниями для проведения прививок. Плановые прививки проводятся через 2 - 4 недели после выздоровления или в период реконвалесценции или ремиссии. При нетяжелых ОРВИ, острых кишечных заболеваниях и др. прививки проводятся сразу после нормализации температуры.

Плановая вакцинация откладывается до окончания острых проявлений заболевания и обострения хронических заболеваний.

Сильной реакцией является наличие температуры выше 40 градусов, в месте введения вакцины - отек, гиперемия более 8 см в диаметре, реакция анафилактического шока.

3.1. В список противопоказаний к вакцинации включены следующие состояния:

Вакцина	Противопоказания
Все вакцины	Сильная реакция или осложнение на предыдущую дозу
Все живые вакцины	Иммунодефицитное состояние (первичное),

	иммуносупрессия, злокачественные новообразования, беременность
БЦЖ - вакцина	Вес ребенка менее 2000 г, келлоидный рубец после предыдущей дозы
ОПВ (оральная полиомиелитная вакцина)	Абсолютных противопоказаний нет
АКДС	Прогрессирующие заболевания нервной системы, афебрильные судороги в анамнезе (вместо АКДС вводят АДС)
АДС, АДС-М	Абсолютных противопоказаний нет
ЖКВ (живая коревая вакцина),	Тяжелые реакции на аминогликозиды
ЖГВ (живая паротитная вакцина), вакцина против краснухи или тривакцина (корь, паротит, краснуха)	Анафилактические реакции на яичный белок

3.2. Следует учесть, что наличие противопоказания не означает, что в случае проведения прививки у вакцинированного обязательно возникнет осложнение, речь идет лишь о повышении риска неблагоприятной реакции, что, однако, должно рассматриваться как препятствие к проведению вакцинации в большинстве случаев.

4. Сильные реакции и поствакцинальные осложнения на профилактические прививки

4.1. Противопоказаниями к проведению профилактических прививок являются сильные реакции и поствакцинальные осложнения на введение предыдущей дозы той же вакцины.

4.2. Сильной реакцией считается наличие температуры выше 40 °С, в месте введения вакцины - отек и гиперемия свыше 8 см в диаметре.

4.3. К поствакцинальным осложнениям относятся тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок:

- анафилактический шок;
- тяжелые генерализованные аллергические реакции (ангионевротический отек), синдромы Стивенса-Джонсона, Лайела, сывороточной болезни;
- энцефалит;
- вакциноассоциированный полиомиелит;
- поражение центральной нервной системы с генерализованными или фокальными остаточными проявлениями, приводящими к инвалидности: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит, а также проявления судорожного синдрома;
- генерализованная инфекция, остеоит, остеомиелит, вызванные вакциной БЦЖ;
- артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи.

5. Иммунодефицитные состояния

5.1. У больных с первичным иммунодефицитом повышен риск осложнений при использовании живых вакцин. К ним относятся вакциноассоциированный полиомиелит при применении живой оральной полиомиелитной вакцины, генерализованные заболевания в ответ на живые вирусные вакцины и БЦЖ. Как правило, клинические проявления иммунодефицитных состояний отсутствуют при введении БЦЖ в роддоме и редко проявляются к моменту вакцинации ребенка АКДС + ОПВ в возрасте 3 месяцев, а

поголовное исследование на наличие иммунодефицита нереально. Состояниями, заставляющими думать о первичном иммунодефиците, являются:

- тяжелое, особенно рецидивирующее гнойное заболевание;
- парапроктит, аноректальный свищ;
- наличие упорного кандидоза полости рта (молочницы) или других слизистых и кожи;
- пневмоцистная пневмония;
- упорная экзема, в т. ч. себорейная;
- тромбоцитопения;
- наличие в семье иммунодефицита.

Детей с такими состояниями надо обследовать иммунологически и при выявлении иммунодефицита заменить живую вакцину на инактивированную. Также поступают при невозможности проведения обследования. БЦЖ не следует вводить новорожденным детям, в семье которых есть или погибали дети с признаками иммунодефицитного состояния.

5.2. Детей с иммунодефицитом, связанным со злокачественными заболеваниями лимфоидной системы и (или) иммуносупрессией, прививают живыми вакцинами после наступления ремиссии, не ранее чем через 3 месяца по окончании иммуносупрессивной терапии. При введении в более ранние сроки убитых вакцин (например, против гепатита В) целесообразно провести серологический контроль.

5.3. Детям от инфицированных ВИЧ матерей оральную полиовакцину (ОПВ) следует заменить на инактивированную (ИПВ) и воздержаться от введения БЦЖ до возраста 18 месяцев, когда будет уточнен его ВИЧ-статус. Коревую и другие живые вакцины этим детям вводят, несмотря на риск выраженной реакции, поскольку корь у инфицированных ВИЧ течет очень тяжело.

5.4. Инактивированные вакцины детям со всеми формами иммунодефицита вводят как обычно, у них целесообразно оценить иммунный ответ и ввести дополнительную дозу вакцины в случае его слабой выраженности.

5.5. Дозой кортикостероидных препаратов, вызывающей иммуносупрессию, является для преднизолона 2 мг/кг/сут. (или 20 мг/сут. для детей с весом более 10 кг), принимаемой в течение 14 дней и более; введение живых вакцин этим детям допускается через 1 месяц и более после окончания терапии. Использование такой дозы в течение менее 2 недель или меньших доз в течение более длительного периода не ведет к развитию выраженной иммуносупрессии, так что введение живых вакцин возможно сразу по окончании курса лечения. Использование поддерживающих доз стероидов, а также ингаляционное, местное или внутрисуставное их применение не является противопоказанием к введению любых вакцин.

5.6. Противопоказано введение живых вакцин беременным, что связано не столько с опасностью их тератогенного влияния (подобных случаев в мировой литературе не описано), сколько с возможностью связать с вакцинацией рождение неполноценного ребенка, например, с врожденным дефектом или наследственным заболеванием. После введения краснушной вакцины женщинам детородного возраста назначаются противозачаточные средства в течение 2-х месяцев. В случае введения этой вакцины при недиагностированной беременности ее прерывание не проводится.

5.7. Диагноз иммунодефицитного состояния требует наличия соответствующей клинической картины (в первую очередь, тяжелых повторных бактериальных, грибковых

или оппортунистических инфекций). Его постановка у детей без соответствующих клинических проявлений только на основании частых ОРЗ, общей астении, состояния реконвалесценции и других подобных признаков не может считаться обоснованной, такие дети должны прививаться в обычном порядке.

5.8. Неправомерен отказ от вакцинации ребенка без соответствующей клинической картины (в первую очередь, тяжелых повторных бактериальных, грибковых или оппортунистических инфекций).

5.9. Неправомерен отказ от вакцинации ребенка без соответствующей клинической картины, у которого выявлены отклонения показателей иммунного статуса, не достигающих уровней, характерных для конкретного иммунодефицитного состояния. Нерезкое снижение уровней сывороточных иммуноглобулинов, изменения в соотношении субпопуляций лимфоцитов, снижение численности Т-клеток и т.д. закономерно возникают при различных заболеваниях и состояниях, не достигая пороговых уровней и не сопровождаясь соответствующими клиническими проявлениями. Эти состояния не должны отождествляться с иммунодефицитами, их патологическое значение не доказано, они чаще всего отражают циклические колебания весьма динамичных иммунологических параметров во время болезни и реконвалесценции».

В статье 12, 13, 14 и 15 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» приведены требования к медицинским иммунобиологическим препаратам, к их хранению и транспортировке, обеспечению и государственному надзору.

В настоящее время действуют санитарно-эпидемиологические правила СПЗ.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации», утвержденные Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 03 марта 2008 г. №15. Правила устанавливают основные, требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, проведение которых обеспечивает безопасность иммунизации.

«...2. Общие положения

2.1. Безопасность иммунизации является одним из основных критериев оценки качества вакцинопрофилактики. В целях предупреждения возникновения поствакцинальных реакций и осложнений, а также инфекционных заболеваний с искусственным механизмом передачи возбудителя при проведении профилактических прививок должна быть обеспечена безопасность:

- пациента, которому вводят вакцину;
- медицинского персонала, осуществляющего иммунизацию;
- населения, проживающего на территории, прилегающей к лечебно-профилактическим или другим учреждениям, где проводятся профилактические прививки.

Перед проведением профилактической прививки пациенту или его родителям (опекунам) разъясняются необходимость иммунизации, возможные поствакцинальные реакции и осложнения, а также последствия отказа от иммунизации. О проведении профилактических прививок в детских дошкольных образовательных учреждениях и школах родители (опекуны) детей, подлежащих иммунизации, должны быть оповещены заранее, должно быть получено их согласие на проведение прививок.

3. Обеспечение безопасности пациента при проведении иммунизации

3.1. Профилактические прививки проводят в государственных, муниципальных или частных организациях здравоохранения, в том числе в медицинских кабинетах детских

дошкольных образовательных организаций, организациях общего, среднего специального и высшего образования, здравпунктах, либо гражданами, занимающимися частной медицинской практикой, при наличии лицензий на медицинскую деятельность. Безопасность иммунизации обеспечивает руководитель организации.

3.2. Оборудование и оснащение прививочного кабинета должно соответствовать установленным требованиям. В местах проведения иммунизации обязательно наличие средств неотложной и противошоковой терапии, а также экстренной профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов. В прививочном кабинете необходимо иметь письменные инструкции о порядке проведения уборки и дезинфекции помещений.

3.3. В определенных ситуациях органы управления здравоохранением по согласованию с органами, осуществляющими санитарно-эпидемиологический надзор в субъектах Российской Федерации, могут принять решение о проведении профилактических прививок гражданам на дому или по месту работы с привлечением прививочных бригад в соответствии с установленными требованиями.

3.4. При отсутствии здравпунктов в организациях для проведения иммунизации выделяют помещения, где возможно создать условия для обеспечения безопасности иммунизации:

помещение должно быть отремонтированным, чистым, хорошо проветриваться и легко подвергаться влажной уборке, оборудованным раковиной для мытья рук с подводкой горячей и холодной воды, а также иметь необходимый набор мебели для осмотра пациента и проведения профилактических прививок (стол, стулья, кушетка). Необходимые медикаменты для оказания неотложной помощи пациентам, расходные материалы и тара для сбора медицинских отходов должны входить в оснащение прививочной бригады.

3.5. Перед проведением профилактических прививок и после работы прививочной бригады выделенное помещение тщательно убирают с использованием дезинфицирующих средств, зарегистрированных в Российской Федерации, разрешенных для применения в лечебно-профилактических организациях в соответствии с инструкцией по их применению, и проветривают. Ответственным за подготовку выделенного помещения является руководитель организации, сотрудником которой проводят прививки.

3.6. Решение о возможности работы прививочной бригады в выделенном помещении принимает врач (в сельской местности - фельдшер) прививочной бригады.

3.7. Плановая иммунизация детей и взрослых предусматривает введение вакцин в определенной последовательности, в установленные сроки. Совокупность этих сведений составляет Национальный календарь профилактических прививок. При нарушении сроков иммунизации, предусмотренных Национальным календарем профилактических прививок, их проводят по индивидуальной схеме, в соответствии с установленными требованиями и инструкциями по применению препаратов.

Иммунизация по эпидемическим показаниям проводится в сроки, предусмотренные календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, в соответствии с установленными требованиями и инструкциями по применению препаратов.

3.8. Отбор пациентов для проведения иммунизации осуществляется с целью:

- проведения профилактических прививок всем нуждающимся в них лицам;
- выявления лиц с противопоказаниями к профилактическим прививкам в соответствии с установленными требованиями и инструкциями по применению препаратов;
- выявления лиц с повышенным риском развития сильных реакций на введение

препарата или поствакцинальных реакций и осложнений.

3.9. Все лица, которым должны проводиться профилактические прививки, предварительно подвергаются медицинскому осмотру врачом (в сельской местности - фельдшером).

Перед иммунизацией врач (фельдшер) должен тщательно собрать анамнез у пациента с целью выявления предшествующих заболеваний, в том числе хронических, наличия реакций или осложнений на предыдущее введение препарата, аллергических реакций на лекарственные препараты, продукты, выявить индивидуальные особенности организма (недоношенность, родовая травма, судороги). Уточнить, имеются ли контакты с инфекционными больными, а также сроки предшествующих прививок, для женщин - наличие беременности.

Лица с хроническими заболеваниями, аллергическими состояниями и другим при необходимости подвергаются медицинскому обследованию с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования.

Непосредственно перед проведением профилактической прививки должна быть проведена термометрия.

Результаты осмотра пациента, термометрии, проведенных лабораторных и инструментальных исследований, особенности прививочного анамнеза, а также разрешение на введение конкретной вакцины с указанием вида прививки или отвода от иммунизации по медицинским показаниям должны быть зафиксированы врачом (фельдшером) в соответствующих учетных медицинских документах.

3.10. Иммунизация в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям проводится вакцинами отечественного и зарубежного производства, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке. Закупаемая вакцина должна иметь необходимые документы в соответствии с установленными требованиями.

3.11. Контроль качества и безопасности медицинских иммунобиологических препаратов осуществляется национальным органом контроля медицинских иммунобиологических препаратов в соответствии с утвержденными фармакопейными статьями на препараты и установленными требованиями.

К проведению профилактических прививок против туберкулеза и туберкулиновых проб допускаются медицинские сестры (фельдшера), прошедшие обучение на базе противотуберкулезных организаций в установленном порядке.

3.33. Состояние здоровья медицинских работников, проводящих иммунизацию, должно контролироваться врачом, ответственным за проведение профилактических прививок в данной организации, или врачом прививочной бригады. Больные острыми респираторными заболеваниями, ангинами, имеющие травмы на руках, гнойничковые поражения кожи и слизистых независимо от их локализации, отстраняются от проведения иммунизации.

3.37. Вакцину вводят в дозе, строго соответствующей инструкции по применению препарата. Место введения вакцины обрабатывают стерильным тампоном, смоченным 70 %-м спиртом или другим кожным антисептиком, зарегистрированным в Российской Федерации в установленном порядке и рекомендованным для обеззараживания инъекционного поля в соответствии с установленными требованиями.

Вакцину вводят в положении пациента лежа или сидя во избежание падения при обморочном состоянии. Для введения вакцины используется только тот метод, который

указан в инструкции по ее применению. Размеры шприцев и игл определяются, исходя из метода введения препарата. Внутримышечные инъекции детям первых лет жизни проводят только в верхнюю наружную поверхность средней части бедра.

3.38. Перед проведением прививки медицинский работник должен предупредить пациента, родителей (или опекуна) ребенка о возможности возникновения местных реакций и клинических проявлениях поствакцинальных реакций и осложнений, дать рекомендации по оказанию доврачебной помощи в случае их возникновения и о необходимости обращения за медицинской помощью при появлении подобных симптомов.

3.39. Непосредственно после введения вакцины в течение 30 мин за пациентом осуществляется медицинское наблюдение с целью своевременного выявления поствакцинальных реакций и осложнений и оказания экстренной медицинской помощи.

Сроки и длительность медицинского наблюдения определяются сроками наиболее вероятного развития поствакцинальных реакций и осложнений, указанными в инструкции по применению препарата.

При проведении профилактических прививок детям первого года жизни должно быть обеспечено активное медицинское наблюдение (патронаж) в следующие сроки:

- на следующий день после иммунизации против гепатита В, дифтерии, коклюша, столбняка, гемофильной инфекции;
- на 2-й и 7-й дни после иммунизации против полиомиелита;
- через 1, 3, 6, 9 и 12 мес. после иммунизации против туберкулеза. Результаты патронажа регистрируют в соответствующих учетных медицинских документах.

3.40. Порядок регистрации профилактических прививок является единым и обязательным для всех организаций здравоохранения, независимо от организационно-правовых форм и ведомственной принадлежности.

Медицинский работник, проводящий иммунизацию, обеспечивает правильность и достоверность ее регистрации. Сведения о выполненной профилактической прививке (дата введения препарата, название препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, а по результатам наблюдения - характер реакции) вносятся в соответствующие учетные медицинские документы.

3.41. Регистрация и расследование поствакцинальных осложнений осуществляются в соответствии с установленными требованиями.

4. Обеспечение безопасности медицинского работника при проведении иммунизации

4.1. Медицинский работник при проведении иммунизации, обращении с инъекционным инструментарием, вакцинами и образующимися медицинскими отходами, обязан соблюдать правила техники безопасности, направленные на профилактику инфекций с искусственным механизмом передачи возбудителя.

4.2. Медицинским работникам, осуществляющим иммунизацию, с целью профилактики профессиональных заражений проводится вакцинация против гепатита В.

4.3. Медицинский персонал должен осуществлять иммунизацию в специальной медицинской одежде (халате и шапочке) и хирургических перчатках. Перчатки необходимо менять после каждого пациента.

При проведении массовой иммунизации допускается не менять перчатки после каждого пациента. В этом случае после каждого пациента поверхность перчаток (нитриловых, неопреновых и других - устойчивых к дезинфицирующим средствам, в том числе к спиртам), надетых на руки, обеззараживают любым кожным спиртосодержащим

антисептиком, зарегистрированным в Российской Федерации и разрешенным к применению для гигиенической обработки рук, путем их тщательного протирания тампоном, обильно смоченным антисептиком (при норме расхода не менее 3 мл и времени обработки не менее 1 мин). При наличии видимых загрязнений кровью перчатки после обработки антисептиком следует заменить.

4.9. Для уменьшения риска травматизма медицинским работникам следует:

- избегать ручных манипуляций с необеззараженными шприцами;
- применять специальные приспособления для снятия иглы - игло-съёмники, устройства для отсечения игл - иглоотсекатели, устройства для сжигания игл - деструкторы игл.

Запрещается снимать ручную иглу со шприца после его использования и надевать колпачок на иглу после инъекции.

4.15. Медицинские работники, осуществляющие сбор, обеззараживание, временное хранение и транспортирование отходов, образующихся при иммунизации, должны владеть безопасной техникой этих работ, уметь применять специальное оборудование и дезинфицирующие средства, проходить обучение в установленном порядке.

Ответственным за обучение персонала правилам безопасного обращения с медицинскими отходами является руководитель медицинской организации. Обучение персонала правилам безопасного обращения с отходами осуществляется специалистом, ответственным за сбор и хранение отходов в данной медицинской организации.

4.16. Открытое хранение отходов, образующихся при иммунизации, и контакт с ними персонала вне мест образования отходов и специальных помещений для хранения последних не допускается.

4.17. В случае получения медицинским работником при проведении иммунизации травмы, потенциально опасной в плане инфицирования (укол, порез с нарушением целостности кожных покровов и/или слизистых), необходимо принять меры экстренной профилактики в соответствии с установленными требованиями. На рабочем месте персонала должна быть аптечка первой медицинской помощи при травмах.

Ответственным лицом составляется акт о несчастном случае на производстве установленной формы с указанием даты, времени, места, характера травмы, в котором подробно описывают ситуацию, использование средств индивидуальной защиты, соблюдение правил техники безопасности, указывают лиц, находившихся на месте травмы, а также примененный метод обработки кожных покровов, слизистых оболочек. Акт составляется в 2-х экземплярах и хранится 3 года. Случай получения травмы медицинским работником во время проведения иммунизации должен быть зафиксирован в журнале травматизма. О нем необходимо доложить руководителю медицинской организации.

Извещение, учет и расследование случаев инфицирования персонала возбудителями инфекционных заболеваний, причиной которых могла быть инфицированная кровь пациента, проводятся в соответствии с установленными требованиями.

5. Обеспечение безопасности населения, проживающего на территории, прилегающей к организации, где проводится иммунизация:

5.1. Контакт населения с отходами, образующимися при иммунизации, не допускается.

При отсутствии на территории лечебно-профилактической организации установок по обезвреживанию отходов, вывоз медицинских отходов должен производиться ежедневно.

При наличии у лечебно-профилактической организации договоров на вторичную переработку изделий из пластических масс, вывоз соответствующих отходов производится по определенному графику. При отсутствии возможности вторичной переработки, отходы вывозят на полигоны для твердых бытовых отходов или на мусоросжигательные заводы (установки).

5.2. Транспортирование отходов допускается только в закрытых кузовах специализированного автотранспорта. В сельской местности допускается сжигание медицинских отходов, образующихся при иммунизации, в специальных защищенных ямах, металлических емкостях и небольших печах, к которым закрыт доступ посторонним лицам».

6. Социальная поддержка граждан при возникновении поствакцинальных осложнений

Статьи 18, 19, 20 и 21 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» детализирует право граждан на социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений (рис. 6.1).

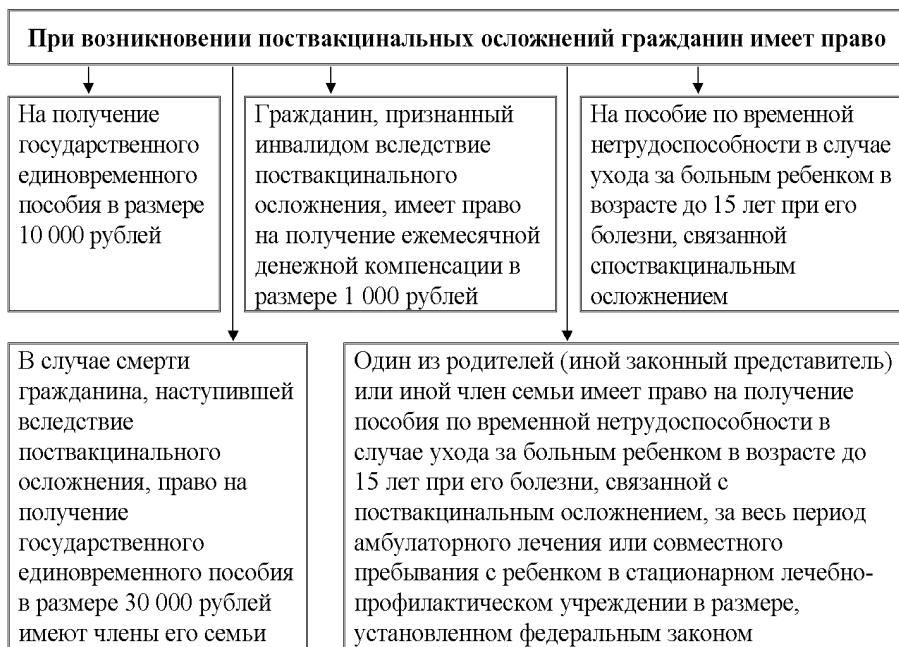


Рис. 6.1. Права граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.

Расследование поствакцинальных осложнений производится в соответствии с методическими указаниями, утвержденными Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 04.03.2004 г. (Текст документа по состоянию на июль 2011 года).

«1. Область применения.

1.1. В настоящих Методических указаниях изложены принципы дифференциальной диагностики и расследования поствакцинальных осложнений (ПВО), основанные на комплексном анализе клинических, лабораторных и эпидемиологических данных, а также их профилактики.

1.2. Методические указания предназначены для специалистов органов и учреждений государственной санитарно-эпидемиологической службы, а также могут быть использованы лечебно-профилактическими организациями.

2. Общие сведения.

Вакцинопрофилактика является наиболее безопасным и эффективным средством предупреждения инфекционных заболеваний. Однако медицинские иммунобиологические препараты (МИБП) могут вызывать вакцинальные реакции, а в редких случаях тяжелые осложнения.

Частота «побочных неблагоприятных эффектов» вакцины намного меньше, чем риск от болезни и осложнений при самом заболевании. По мере увеличения количества привитых лиц соответственно может возрастать абсолютное число подобных реакций, что требует совершенствования системы их выявления и регистрации.

Тщательное расследование каждого случая заболевания, подозрительного на поствакцинальное осложнение (ПВО), с целью выяснения причины его развития и связи с введенной вакциной позволит усилить позитивное отношение общества к иммунизации, а также решать вопросы улучшения качества вакцин.

3. Основные положения.

3.1. В соответствии с Федеральным законом «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 сентября 1998 г. №157-ФЗ, к поствакцинальным осложнениям относят тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок.

3.2. Вакцинальный процесс обычно протекает бессимптомно, но у привитых лиц возможны проявления нормальной вакцинальной реакции (или нормального вакцинального процесса), под которой понимают клинические и лабораторные изменения, связанные со специфическим действием той или иной вакцины (клинические проявления и частота их развития описаны в инструкции к каждому медицинскому иммунобиологическому препарату).

3.3. Клинические расстройства, возникающие вследствие проведения профилактической прививки и несвойственные обычному течению вакцинального процесса, имеющие с прививкой очевидную или доказанную связь, расценивают как патологические вакцинальные реакции и расследуют таким же образом, как ПВО.

3.4. Перечень подлежащих регистрации и расследованию заболеваний, наблюдаемых у привитых лиц в поствакцинальном периоде, приведен в Прилож. 2.

3.5. Перечень ПВО, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий, утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 августа 1999 г. N 885 «Перечень поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий» (Прилож. 1).

3.6. Диагностика ПВО основана на комплексном анализе клинических, лабораторных, эпидемиологических и статистических данных с учетом патогенетических механизмов развития вакцинальных реакций.

3.7. При выявлении больного с ПВО необходимо уточнить причины последнего, было ли обусловлено оно:

- качеством введенной вакцины;
- техническими ошибками;
- особенностями реакции организма привитого.

3.8. Для диагностики ПВО используют следующие методы: клинический, лабораторный, эпидемиологический.

Клинический метод является основным при постановке диагноза, он позволяет дифференцировать вакцинальный процесс от ПВО и заболеваний в поствакцинальном периоде, не связанных с вакцинацией.

3.9. Единичные случаи сильных местных (в т. ч. отек, гиперемия более 8 см в диаметре) и сильных общих (в т. ч. температура более 40°C, фебрильные судороги) реакциях на вакцинацию, а также легкие проявления кожной и респираторной аллергии в соответствии с МУ 3.3.1.1123-02 «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика» подлежат регистрации в установленном порядке без информирования вышестоящих органов здравоохранения...».

Методические указания также содержат разделы:

4. Клиническая диагностика поствакцинальных осложнений.
5. Лабораторная диагностика поствакцинальных осложнений.
6. Применение эпидемиологического метода при расследовании поствакцинальных осложнений.

7. Профилактика поствакцинальных осложнений и приложения – перечень поствакцинальных осложнений и перечень основных заболеваний в поствакцинальном периоде, подлежащих регистрации и расследованию (рис. 6.2).

Перечень поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий, утвержден Постановлением Правительства РФ 2 августа 1999 г. №885:

«1. Анафилактический шок.

2. Тяжелые генерализованные аллергические реакции (рецидивирующий ангионевротический отек - отек Квинке, синдром Стивена-Джонсона, синдром Лайела, синдром сывороточной болезни и т. п.).

3. Энцефалит.

4. Вакциноассоциированный полиомиелит.

5. Поражения центральной нервной системы с генерализованными или фокальными остаточными проявлениями, приведшими к инвалидности: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полиневрит, а также с клиническими проявлениями судорожного синдрома.

6. Генерализованная инфекция, остеоит, остит, остеомиелит, вызванные вакциной БЦЖ.

7. Артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи».

Клинические формы	Вакцина	Сроки появления
Анафилактический шок, анафилактоидная реакция, коллапс	все, кроме БЦЖ и ОПВ	первые 12 часов
Тяжелые, генерализованные аллергические реакции (с-м Стивенса-Джонсона, Лайела, рецидивирующие отеки Квинке, сыпи и др.)	все, кроме БЦЖ и ОПВ	до 3 суток
Синдром сывороточной болезни	все, кроме БЦЖ и ОПВ	до 15 суток
Энцефалит, энцефалопатия, энцефаломиелит, миелит, неврит, полирадикулоневрит, синдром Гийена-Барре	инактивированные живые вакцины	до 10 суток 5 - 30 суток
Серозный менингит	живые вакцины	10 - 30 суток
Афебрильные судороги	инактивированные живые вакцины	до 7 суток до 15 суток
Острый миокардит, нефрит, агранулоцитоз, тромбоцитопеническая пурпура, анемия гипопластическая, коллагенозы	все	до 30 суток
Хронический артрит	краснушная вакцина	до 30 суток
Вакциноассоциированный полиомиелит	у привитых у контактных	до 30 суток до 60 суток
Осложнения после БЦЖ прививки: холодный абсцесс, лимфаденит, келоидный рубец, остейт и др. Генерализованная БЦЖ-инфекция		в течение 1,5 лет после прививки
Абсцесс в месте введения	все вакцины	до 7 суток
Внезапная смерть, другие случаи летальных исходов, имеющие временную связь с прививкой	все вакцины	до 30 суток

Рис. 6.2. Перечень основных заболеваний в поствакцинальном периоде, подлежащих регистрации и расследованию.

Как видно из проведенного анализа правовых вопросов профилактики инфекционных заболеваний, наличие большого количества действующей нормативной документации свидетельствует о сложности процесса иммунизации населения на всех этапах ее организации и о большой ответственности медицинских работников при осуществлении данного вида медицинской помощи.

Контрольные вопросы:

1. Приведите положения статей ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», относящихся к профилактике заболеваний.
2. Объясните, каким путем обеспечивается приоритет профилактики в сфере

охраны здоровья.

3. Как осуществляется профилактика инфекционных заболеваний?

4. Как осуществляется профилактика неинфекционных заболеваний?

5. Как обеспечивается формирование здорового образа жизни?

6. Раскройте понятия, применяемые в ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»: профилактика, иммунопрофилактика, профилактические прививки, иммунобиологические лекарственные препараты для иммунопрофилактики, национальный календарь профилактических прививок и др.

7. Назовите основные законодательные акты Российской Федерации, относящиеся к иммунопрофилактике.

8. В чем заключается государственная политика в области иммунопрофилактики?

9. Перечислите права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.

10. Назовите последствия отсутствия профилактических прививок.

11. Приведите перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок.

12. Охарактеризуйте ст. ст. 8, 9, 10 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» - Организационные основы деятельности в области иммунопрофилактики; Национальный календарь профилактических прививок; Профилактические прививки по эпидемическим показаниям.

13. Охарактеризуйте ст. ст. 11, 12, 17 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» - Требования к проведению профилактических прививок; Требования к иммунобиологическим лекарственным препаратам для иммунопрофилактики; Государственное статистическое наблюдение в области иммунопрофилактики.

14. Охарактеризуйте ст. ст. 18, 19, 21 ФЗ «Об иммунопрофилактике...» - Право граждан на социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений; Государственные единовременные пособия; Пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком...».

15. Какие основные болезни включены в национальный календарь профилактических прививок?

16. Назовите несколько видов работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок.

17. Охарактеризуйте календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

18. Охарактеризуйте требования к проведению профилактических прививок.

19. Приведите перечень поствакцинальных осложнений, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий.

20. Приведите положения Методических указаний по расследованию поствакцинальных осложнений по пункту 4. Клиническая диагностика поствакцинальных осложнений - 4.1. Аллергические осложнения; 4.2. Неврологические осложнения; 4.3. Другие заболевания в поствакцинальном периоде, требующие расследования; 4.4. Осложнения на введение вакцины БЦЖ.

21. Приведите положения Методических указаний по расследованию поствакцинальных осложнений по пункту 5. Лабораторная диагностика поствакцинальных осложнений.

22. Приведите положения Методических указаний по расследованию поствакцинальных осложнений по пункту 7. Профилактика поствакцинальных осложнений.

23. Приведите положения Методических указаний по расследованию поствакцинальных осложнений по приложению 2. Перечень основных заболеваний в поствакцинальном периоде, подлежащих регистрации и расследованию.

Тема. Правовые и медико-социальные аспекты формирования здорового образа жизни

Цель: рассмотреть вопросы государственной политики в области формирования здорового образа жизни и медико-правовые вопросы употребления табака и алкоголя как факторов риска для здоровья

План

1. Формирование здорового образа жизни: основные стратегии. Ключевые направления модернизации здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.

2. Международные и отечественные документы, посвященные формированию здорового образа жизни

3. Основные положения Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года

4. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака.

5. Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы;

6. ФЗ от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

7. Нормативно-правовое регулирование продажи и потребления (распития) алкогольной продукции

8. Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года.

Рекомендуемая литература

Основная

1. Конституция (Основной Закон) Российской Федерации - России.

2. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. (Вступила в силу 27.02.2005). [Электронный ресурс]. URL: http://www.conventions.ru/view_base.php?id=416 (дата обращения: 08.08.2014)

3. ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (с изм. на 22.10.2014) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

4. ФЗ от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

5. ФЗ от 21.10.2013 N 274-ФЗ «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и Федеральный закон «О рекламе» в связи с принятием Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»

6. ФЗ от 22 ноября 1995 г. N 171-ФЗ «О государственном регулировании

производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции». С изм. и доп. на 2 ноября 2013 г.

7. ФЗ от 31.12.2014 N 490-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»

8. Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы (утв. распоряжением Правительства РФ от 23 сентября 2010 г. N 1563-р)

9. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. N 1662-р). (С изм. и доп.).

10. Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г. (утв. распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. N 2128-р).

11. Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 25 октября 2010 г. N 1873-р).

Дополнительная

1. Закон Краснодарского края об установлении ограничений в сфере розничной продажи алкогольной продукции и безалкогольных тонизирующих напитков от 4 июня 2012 года № 2497-КЗ (в ред. Законов Краснодарского края от 29.05.2014 № 2980-КЗ)

2. Приказ № 1216/1 Министерства здравоохранения КК от 26 апреля 2011 года (с изм. от 26.06.2013) «О запрете курения табака в учреждениях здравоохранения Краснодарского края».

3. Министерство регионального развития РФ, МЗ РФ. ПРИКАЗ от 31 июля 2013 года N 321 Об утверждении Требований к выделению и оснащению специальных мест на открытом воздухе для курения табака, к выделению и оборудованию изолированных помещений для курения табака

4. Вартапетова, Н. В. Формирование здорового образа жизни: основные стратегии [Текст] / Н. В. Вартапетова, А. В. Карпушкина // Здоровоохранение: журн. для руководителя и глав. бухгалтера. - 2011. - N 9. - С. 76-86

1. Формирование здорового образа жизни: основные стратегии. Ключевые направления модернизации здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.

В последние годы профилактическому направлению медицины придается особенно большое значение. Это подтверждается «Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г.», являющейся основой для реформы системы здравоохранения.

На сегодняшний день установлены факторы риска основных причин заболеваемости и смертности населения, что позволяет разрабатывать профилактические стратегии. Формирование здорового образа жизни у населения - длительный процесс,

зависящий от множества государственных, общественных и биологических факторов. Задача органов власти - на государственном и общественном уровнях создавать условия для укрепления здоровья населения и предупреждать влияние факторов, угрожающих здоровью людей.

Формирование у населения здорового образа жизни - это одна из основных задач общественного здравоохранения. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, образ жизни – «это способ жизни, основывающийся на идентифицируемых видах и особенностях поведения, определяющихся взаимодействием между личностными характеристиками человека, социальным взаимодействием и социально-экономическими и экологическими условиями жизни». Укрепление здоровья - это процесс, позволяющий людям более четко контролировать свое здоровье и его детерминанты и, таким образом, улучшать его состояние.

В XX в. произошли коренные перемены в жизни человечества. Это «золотой век» для общественного здравоохранения. Медицинская помощь стала доступной для большинства населения во многих странах мира; были детально изучены факторы риска болезней и смерти человека; разработаны программы по контролю инфекционных заболеваний; появились точные методы диагностики и новые эффективные лекарственные препараты.

Значительные успехи в борьбе с инфекционными заболеваниями, повышение социально-экономического положения населения в развитых странах определили влияние новых факторов на здоровье человека, в значительной степени связанных с изменениями образа жизни.

Благодаря развитию транспорта и механизации труда в большинстве европейских и североамериканских стран население получило доступ к высококалорийному питанию; одновременно снизилась повседневная физическая активность. Индустриализация табачного производства привела к повсеместной доступности сигарет, а активное развитие средств массовой информации способствовало возрастанию влияния рекламы на поведение людей (включая выбор питания, сигарет и алкоголя). В середине прошлого века были отмечены значительный рост использования молодежью наркотических препаратов; изменение сексуального поведения; общество стало толерантно к внебрачным половым связям.

В табл. 1.1 перечислены основные факторы риска для здоровья, связанные с поведением человека, основанные на данных научных исследований.

Курение является фактором риска развития гипертонии, цереброваскулярных заболеваний, аневризмы аорты, ишемической болезни сердца (ИБС), острых и хронических заболеваний легких. Оно приводит к возникновению рака ротовой полости, губы, глотки, пищевода, поджелудочной железы, гортани, трахеи, легких, бронхов, шейки матки, мочевого пузыря и почек. Курение повышает риск смерти в результате травмы (прежде всего ожогов).

Высококалорийное питание способствует ожирению, что также является одной из причин ИБС, ишемического инсульта, диабета, остеоартритов, рака кишечника и матки, рака молочной железы. Недостаточное употребление овощей и фруктов - фактор риска ИБС, инсульта, рака желудка, кишечника, легких и пищевода.

Отсутствие достаточной физической активности - фактор риска ИБС, рака молочной железы, кишечника и диабета.

Изучение относительных рисков употребления алкоголя показало его связь с

возникновением ИБС, инсульта, диабета, рака печени, слизистой рта, груди, пищевода, кишечника, цирроза, эпилепсии, депрессий, умышленных и неумышленных травм.

Таблица 1.1.
Влияние образа жизни на здоровье

Факторы риска	Последствия для здоровья
Курение	Сердечно-сосудистые заболевания; Рак; Хронические заболевания легких; Травмы
Отсутствие физической активности	Сердечно-сосудистые заболевания; Рак; Диабет II типа
Высококалорийное питание с пониженным содержанием клетчатки, повышенным – жиров и соли	Сердечно-сосудистые заболевания Рак Диабет II типа
Алкогольная и наркотическая зависимость	Сердечно-сосудистые заболевания; Рак; Поражение печени; Депрессия; Травмы; Суициды; ВИЧ-инфекция.
Рискованное сексуальное поведение (многочисленные партнеры, секс без презерватива)	Инфекции, передаваемые половым путем; ВИЧ-инфекция; Рак.

Рискованное сексуальное поведение (многочисленные половые партнеры; сексуальные контакты без использования презерватива) значительно повышает риск заболевания инфекциями, передаваемыми половым путем (в т. ч. ВИЧ), и рака шейки матки (в результате инфицирования вирусом папилломы человека).

Известно, что если в поведении человека присутствуют несколько факторов риска, то их негативный эффект суммируется.

Перечисленные выше факторы риска заболеваемости и смертности населения широко распространены и среди населения РФ. В докладе Всемирного банка «Рано умирать...», опубликованном в 2006 г., представлены десять ведущих факторов смертности и потери трудоспособности в России (табл. 1.2).

В докладе подчеркивается, что первые три фактора риска смертности - высокое артериальное давление, уровень холестерина в крови и курение - являются причинами более чем 75% смертей в нашей стране.

В табл. 2 указаны также факторы риска нетрудоспособности - показатель потерянных лет жизни по причине нетрудоспособности (DALY, disabilityadjustedlifelyears). Употребление

алкоголя, высокое артериальное давление и курение приводят к потере более чем 46% лет из общего числа лет.

Показатели продолжительности жизни, заболеваемости и смертности населения в РФ значительно хуже, чем в других экономически развитых странах мира.

Так, по данным Минздравсоцразвития России, продолжительность жизни в России на 6,5 года меньше, чем в «новых» странах Европейского союза (ЕС) (страны, вошедшие в ЕС после мая 2004 г.), и на 12,5 года меньше, чем в «старых» странах ЕС (страны, входившие в ЕС до мая 2004 г.).

Коэффициент смертности в 1,3 раза выше, чем в «новых» странах ЕС, и в 1,5 раза выше, чем в «старых» странах ЕС.

Ведущие факторы смертности и потери трудоспособности в РФ

Факторы риска смертности, % от общего количества смертей	Факторы риска нетрудоспособности, % от общего числа лет нетрудоспособной жизни
Высокое артериальное давление – 35,5	Алкоголь – 16,5
Высокое содержание холестерина – 23	Высокое артериальное давление – 16,3
Курение – 17,1	Курение – 13,4
Недостаточное потребление фруктов и овощей – 12,9	Высокое содержание холестерина – 12,3
Высокий индекс массы тела – 12,5	Высокий индекс массы тела – 8,5
Алкоголь – 11,9	Недостаточное потребление фруктов и овощей – 7
Низкая физическая активность – 9	Низкая физическая активность – 4,6
Загрязненность воздуха в городах – 1,2	Наркотики – 2,2
Свинец – 1,2	Свинец – 1,1
Наркотики – 0,9	Секс без предохранения – 1

Основная причина смертности в России - болезни системы кровообращения, от которых ежегодно умирает более 1 млн. чел.; следующие наиболее распространенные причины - новообразования и внешние факторы.

Большинство указанных в табл. 1.2 причин смертности населения предотвратимы.

Следует заметить, что распространенный термин «предотвратимая смертность» обозначает «смертность в результате причин, которые определены экспертами как предотвратимые благодаря усилиям системы здравоохранения на основе современных знаний и практики».

Впервые за всю историю не только Российской Федерации, но и Советского Союза, государство берёт на себя обязательство по поводу формирования здорового образа жизни среди населения и активно выделяет на это средства.

Сохранение и укрепление здоровья возможно лишь при соблюдении следующих условий:

- формирование приоритета здоровья в системе ценностей общества,
- создание у населения мотивации быть здоровым,
- обеспечение государством правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни.

В «Концепции развития здравоохранения до 2020 г.», подготовленном Минздравсоцразвития России, изложены основные государственные и общественные меры по предупреждению преждевременной смертности и нетрудоспособности населения. Основные направления программы следующие:

1. Совершенствование медико-гигиенического образования и воспитания:

Воспитание населения через СМИ.

Внедрение образовательных программ в учреждения образования.

Обучение гигиеническим навыкам по соблюдению режима труда и отдыха, режима и структуры питания и иных норм поведения, поддерживающих здоровье.

Ведение разъяснительной работы о важности и необходимости регулярной

диспансеризации граждан, своевременного обращения за медицинской помощью.

2. Создание эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками:

Санитарное просвещение и информирование населения о последствиях употребления табака и злоупотребления алкоголем.

3. Обеспечение здорового питания

4. Развитие массовой физкультуры и спорта

5. Снижение риска воздействия неблагоприятных внешних факторов:

Санитарно-эпидемиологический надзор за средой обитания и условиями труда.

Борьба с инфекционными и паразитарными заболеваниями. Особое внимание по-прежнему будет уделяться контролируемым инфекциям, чья распространённость прямо зависит от вакцинопрофилактики, совершенствованию и выполнению Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а также профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С.

6. Изменение нормативно-правовой базы для создания системы мотивирования работодателей к участию в охране здоровья работников

7. Создание системы мотивирования граждан к ведению ЗОЖ и участию в профилактических мероприятиях:

Популяризация уклада и стиля жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья, формирование моды на здоровье особенно среди подрастающего поколения.

8. Массовая профилактика факторов риска неинфекционных заболеваний.

Речь идёт в первую очередь о сердечно-сосудистых и онкологических заболеваниях, занимающих первые места в структуре смертности.

9. Мотивирование руководителей учреждений системы школьного образования к участию в охране здоровья и формированию здорового образа жизни школьников.

Заметим, что формирование здорового образа жизни и изменение поведения человека для укрепления здоровья - чрезвычайно сложные задачи. Курение, алкоголь, наркотики, высококалорийное питание и спонтанные половые отношения расцениваются многими людьми как удовольствие. Напротив, поведение, способствующее сохранению здоровья (например, употребление менее сладкой или соленой пищи, увеличение физической активности, использование презерватива при половых контактах) может расцениваться как менее приятное, утомительное или скучное.

Основа стратегии формирования здорового образа жизни - три модели изменения поведения - модель убеждения в пользу здоровья ((HealthBeliefModel), социальная когнитивная теория (SocialCognitiveTheory) и транстеоретическая модель изменения поведения (TranstheoreticalModelofStagesofChange). Основные положения этих моделей:

поведение человека определяется его биологическими и психологическими характеристиками, комплексом когнитивных и аффективных свойств: знаниями, чувствами, убеждениями, ценностями, самооценкой, уверенностью и способностями;

поведение формируется под воздействием окружающей среды и меняется с течением времени;

в различные периоды времени различные факторы окружающей среды по-разному влияют на поведение человека;

существуют определенные этапы в изменении поведения.

В Глобальной стратегии ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья определено, что стратегии формирования здорового образа жизни должны:

основываться на научных исследованиях и фактах;

быть всеобъемлющими (включать как политику, так и действия, направленные на борьбу со всеми основными причинами хронических болезней);

признавать сложные формы взаимодействия между личностным выбором, социальными нормами и экономическими факторами, а также факторами окружающей среды;

быть многодисциплинарными, включать многосекторальное сотрудничество, предусматривающее участие всех слоев общества;

партнерские отношения с государственными, неправительственными и международными организациями и гражданским обществом.

Какова же роль самого человека? Всемирная организация здравоохранения подчеркивает, что не существует никакого «оптимального образа жизни», который должен быть всем предписан. Задачи государства - обеспечить гражданам свободный информированный выбор здорового образа жизни, сделать здоровый образ жизни доступным для каждого. Если эти задачи выполнены, на гражданина накладываются определенные обязательства для предупреждения расходов здравоохранения.

В Бангкокской хартии укрепления здоровья в глобализованном мире, принятой на Шестой Глобальной конференции по укреплению здоровья, прошедшей под эгидой ВОЗ в 2005 г. в Таиланде, подчеркнуто, что у каждого сектора - межправительственного, правительственного, гражданского общества и частного - свои уникальные роль и обязанность.

Человечество владеет большим объемом знаний об основных факторах риска для здоровья и эффективных методах его укрепления. Для борьбы с основными угрозами здоровью и жизни людей в РФ, такими как курение, употребление алкоголя, нерациональное питание, недостаточная физическая активность, важно изменить поведение населения.

Повышение информированности людей о факторах риска и факторах, способствующих здоровью, - это только одна из необходимых стратегий. Чрезвычайно важно ориентировать политику государства, законодательство, государственное финансирование, деятельность системы здравоохранения, других органов исполнительной власти и контролирующих структур на улучшение здоровья и общего благополучия людей. Предпринимаемые меры, направленные на укрепление здоровья, должны иметь доказанную эффективность, экономическую обоснованность, отвечать интересам людей и защищать их права.

2. Международные и отечественные документы, посвященные формированию здорового образа жизни

Здравоохранение - важный, но далеко не единственный инструмент влияния на здоровье населения. Большое значение имеют действующее в стране законодательство, проводимая государством социально-экономическая политика, условия проживания, возможности заработка и получения образования, культура населения. Положение в обществе, уровень достатка, профессия, образование, национальная принадлежность и т. п. существенно влияют на образ жизни человека. Многие определяются личными психологическими и биологическими (генетическими и гендерными) особенностями. Следовательно, для изменения поведения населения необходимо влияние на всех трех уровнях: государственном, общественном и индивидуальном.

Нужно понимать, что процесс изменения поведения человека длительный. Он состоит из нескольких последовательных этапов: намерение изменить поведение, готовность и принятие решения, установка поведения и его поддержание. На каждом этапе на индивидуума влияет окружающая среда, подкрепляя изменения поведения либо препятствуя им.

Основной принцип формирования здорового образа жизни заключается в поддержке и повышении доступности того, что полезно для здоровья, и в ограничении или запрете того, что вредит здоровью. Первое относится к физической активности, рациональному питанию (со снижением количества жиров и углеводов и увеличением растительной клетчатки, витаминов и микроэлементов), безопасному сексуальному поведению. Второе - к употреблению алкоголя, курения и наркотиков.

Характерно, что как поддержка «здорового» поведения, так и препятствие «угрожающему» поведению осуществляются на уровне государства во многом с помощью общих стратегий и мер.

К законодательному регулированию относятся, например, полный запрет на использование наркотических препаратов с немедицинскими целями и уголовная ответственность за их распространение. В отношении ограничения употребления алкогольных напитков и табака к законодательным мерам относятся запрещение продажи несовершеннолетним, ограничение времени и мест продажи, употребления в общественных местах, запрещение рекламы.

Торговая политика, которая позволяет бесконтрольное производство, торговлю и потребление пищевых продуктов с высоким содержанием жиров и сахаров в ущерб фруктам и овощам, противоречит политике здравоохранения, согласно которой рекомендуется потреблять относительно мало продуктов с высоким содержанием жиров и сахаров и употреблять больше фруктов и овощей.

Примерами «поддерживающих» законодательных мер являются следующие: определение требований к производству пищевых продуктов, государственная поддержка физкультуры и спорта, обязательное физическое воспитание в школах. В Великобритании, например, министерство транспорта обязывает местные власти принять политику

приоритетности нужд пешеходов и велосипедистов в своей транспортной стратегии и ежегодно оценивает, насколько эта стратегия воплощается в жизнь.

Финансовые меры могут быть ограничительными или поддерживающими. В качестве примеров можно привести повышение акцизов на алкоголь и табачные изделия и, напротив, субсидии сельскохозяйственным производителям; государственное финансирование строительства учреждений физкультуры и спорта, платные парковки для автомобилей, бесплатные для велосипедов и т. д.

Коммуникационные и образовательные стратегии заключаются в разъяснении факторов поведения, способствующих и угрожающих здоровью, с помощью средств массовой информации, в интернете, с помощью информационных материалов, семинаров, дискуссий и т. п. В качестве примера коммуникационной стратегии можно привести портал МЗ России www.takzdorovo.ru.

Необходимо отметить, что эффективность любых информационных материалов для населения должна быть предварительно протестирована с помощью фокус-групп или глубинного интервью в целевых группах.

Меры медицинской поддержки - это оценка индивидуальных факторов риска всех пациентов, обращающихся за медицинской помощью; проведение скрининга населения;

консультирование по вопросам изменения поведения; предоставление специализированной помощи людям с алкогольной, никотиновой и наркотической зависимостями, ожирением и т. п. Эти меры должны осуществляться врачами, оказывающими первичную медицинскую помощь, а также специалистами и сотрудниками центров здоровья. Все перечисленные медицинские работники должны пройти соответствующее обучение.

К наблюдению, надзору и контролю относятся меры по обеспечению выполнения требований законодательства, направленного на охрану здоровья населения; мониторинг основных показателей здоровья населения; проведение дополнительных исследований (опросы населения, анализ продаж, контрольные закупки, рассмотрение жалоб населения и т. п.).

К Международным и отечественным документам, посвященным формированию здорового образа жизни относятся: Конституция (Основной Закон) Российской Федерации – России; Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака; ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. на 22.10.2014 г.); ФЗ от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»; ФЗ от 22 ноября 1995 г. N 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» (с изм. и доп. на 2.11.2013 г.); Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы (утв. распоряжением Правительства РФ от 23 сентября 2010 г. N 1563-р); Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 17 ноября 2008 г. N 1662-р) (с изм. и доп.); Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г. (утв. распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. N 2128-р); Основы государственной политики РФ в области здорового питания населения на период до 2020 года (утв. распоряжением Правительства РФ от 25 октября 2010 г. N 1873-р) и др.

3. Основные положения Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года

Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ разработана в соответствии с поручением Президента РФ по итогам заседания Государственного совета РФ, состоявшегося 21 июля 2006 г. и дополнена в 2008-2009 гг.

Стратегической целью является достижение уровня экономического и социального развития, соответствующего статусу России как ведущей мировой державы XXI века. В 2015-2020 годах Россия должна войти в пятерку стран-лидеров по объему валового внутреннего продукта (по паритету покупательной способности). При этом Россия должна не только остаться мировым лидером в энергетическом секторе, добыче и переработке сырья, но и создать конкурентоспособную экономику знаний и высоких технологий. К 2020 году Россия может занять значимое место (5-10%) на рынках высокотехнологичных товаров и интеллектуальных услуг.

Уровень доходов и качество жизни россиян к 2020 году должны достичь показателей, характерных для развитых экономик. Это означает высокие стандарты

личной безопасности, доступность услуг образования и здравоохранения требуемого качества, необходимый уровень обеспеченности жильем, доступ к культурным благам и обеспечение экологической безопасности. В частности, охват населения высшим и средним профессиональным образованием должен составить 60-70%, средний уровень обеспеченности жильем - 100 кв. м на семью.

Основными целевыми ориентирами социальной политики являются: снижение малообеспеченной части населения с 22% в 2007 году до 15% в 2020 году; увеличение среднего класса до более половины населения; решение в 2012-2015 годах проблемы безпризорности; повышение среднего размера трудовых пенсий по старости к 2016-2020 годам до 2,5-3 прожиточных минимумов пенсионера.

Целями долгосрочной денежно-кредитной и бюджетной политики являются: поддержание высоких, в среднем 106-107% в год, темпов экономического роста; последовательное снижение уровня инфляции (к 2020 году до 3%).

Особо следует остановиться на **демографической политике, политике народосбережения и развитии здравоохранения.**

Снижение численности населения в 1990-х - начале 2000-х годов является одним из основных вызовов для долгосрочного развития России. При сохранении негативных тенденций численность населения может снизиться со 142,1 млн. человек в 2007 году до 140 млн. человек в 2020 году.

Целью государственной демографической политики является снижение темпов естественной убыли населения, стабилизация численности населения и создание условий для ее роста, а также повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни. Необходимо обеспечить стабилизацию численности населения на уровне не ниже 142 - 143 млн. человек к 2015 году и создание условий для повышения к 2025 году численности населения до 145 млн. человек и средней продолжительности жизни до 75 лет.

Приоритетные направления государственной демографической политики представлены в таблице 3.1.

Четвертое направление - управление миграционными процессами в целях снижения дефицита трудовых ресурсов в соответствии с потребностями экономики.

Пятое направление - обеспечение защиты от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

Результатом данных мер должно стать сокращение к 2020 году количества погибших в результате чрезвычайных ситуаций различного характера по отношению к 2006 году на 20 - 22 процента, пострадавших - на 18 - 20 процентов.

Задачи превращения России в глобального лидера мировой экономики, выхода на уровень развитых стран по показателям социального благосостояния диктуют новые требования к системе здравоохранения. С одной стороны, растет ценность здоровья в системе приоритетов общества, возникают новые медицинские и социальные технологии, связанные с изменениями в демографической структуре населения. С другой - благодаря развитию медицинских технологий существенно повышаются возможности реально влиять на показатели здоровья населения, о чем свидетельствуют значительные успехи в борьбе с наиболее опасными для жизни заболеваниями, достигнутые в развитых странах.

Система здравоохранения пока еще не обеспечивает достаточность государственных гарантий медицинской помощи, ее доступность и высокое качество.

В последние годы государством сделаны существенные инвестиции в

здравоохранение. Однако они не позволили значительно улучшить ситуацию, поскольку не сопровождались масштабными и высокоэффективными организационными и финансово-экономическими мероприятиями. Отставание уровня развития здравоохранения от уровня развитых стран значительно сильнее, чем во многих других ключевых отраслях экономики.

Чтобы улучшить ситуацию с состоянием здоровья граждан, необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения. Отрасли нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний (включая восстановительное), эффективная система подготовки и переподготовки медицинских кадров, современные высокотехнологичные информационные системы.

Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Отдельной задачей является активное развитие российской медицинской и фармацевтической промышленности и создание условий для ее перехода на инновационную модель развития, что должно поднять уровень обеспеченности организаций здравоохранения и населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, в том числе отечественного производства, до среднеевропейского уровня как по количественным, так и по качественным показателям.

Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг. Реализация целей развития системы здравоохранения предполагает решение многих приоритетных задач (рис. 3.1).

Таблица 3.1.

Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года.
Приоритетные направления государственной демографической политики

Первое направление – снижение смертности населения, прежде всего высокой смертности мужчин в трудоспособном возрасте от внешних причин, в том числе:	
снижение смертности и травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий	профилактика, своевременное выявление на ранних стадиях и лечение сердечно-сосудистых и других заболеваний, которые дают высокий процент смертности среди населения
снижение смертности и травматизма от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, профилактика и своевременное выявление профессиональных заболеваний	создание развитой инфраструктуры жизнеобеспечения и реабилитации лиц, работающих в экстремальных условиях
снижение материнской и младенческой смертности	

Второе направление – сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение роли профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни. Сохранение здоровья населения и усиление профилактики заболеваний требуют:	
развития условий для ведения здорового образа жизни	проведения прикладных научных и эпидемиологических исследований
организации и развития медико-профилактической помощи путем внедрения современных медико-профилактических технологий	разработки и внедрения механизмов стимулирования у граждан РФ ответственного отношения к своему здоровью
Третье направление – повышение уровня рождаемости (в том числе за счет рождения в семьях второго и последующих детей), включая:	
укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений, семейного воспитания	развитие системы поддержки семьи в связи с рождением и воспитанием детей
предоставление возможности применения по налогу на доходы физических лиц социального вычета по лечению детей	поддержку семей, принимающих на воспитание детей, оставшихся без попечения родителей
повышение качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, развитие перинатальных технологий	укрепление репродуктивного здоровья населения, государственную поддержку лечения бесплодия, проведение комплекса мероприятий, направленных на профилактику и снижение числа аборт
профилактику, раннее выявление нарушений в состоянии здоровья детей и подростков, развитие и внедрение высокоэффективных методов лечения в педиатрии	поэтапную ликвидацию рабочих мест с вредными или опасными для репродуктивного здоровья населения условиями труда
реализацию программ по предоставлению доступного семейного жилья	развитие механизмов, позволяющих сочетать родителям работу и выполнение семейных обязанностей
совершенствование инфраструктуры дошкольного образования	

Реализация целей развития системы здравоохранения предполагает решение следующих приоритетных задач.
Первая задача - обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме...
Вторая задача - модернизация системы обязательного медицинского страхования и развитие системы добровольного медицинского страхования...
Третья задача - повышение эффективности системы организации медицинской помощи, в том числе: обеспечение доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах...
Четвертая задача - улучшение лекарственного обеспечения граждан...
Пятая задача - информатизация системы здравоохранения...

Шестая задача - развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду...

Седьмая задача - совершенствование системы охраны здоровья населения, в том числе: пропаганда и формирование здорового образа жизни и повышение ответственности работодателя за здоровье своих работников и населения за собственное здоровье; разработка и реализация программ по профилактике алкоголизма, табакокурения и других факторов риска; формирование культуры здорового питания населения; обеспечение безопасной для жизнедеятельности человека окружающей среды; обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Восьмая задача - реализация приоритетного национального проекта "Здоровье", основными направлениями которого являются: оказание профилактической помощи населению; развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи; повышение доступности и качества специализированной медицинской помощи, оказываемой населению, в том числе больным с сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а также пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, включая высокотехнологичную медицинскую помощь; совершенствование службы крови.

Рис. 3.1. Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года. Реализация целей развития системы здравоохранения.

Решение указанных задач позволит улучшить здоровье и качество жизни населения. Предполагается обеспечить снижение уровня смертности от болезней системы кровообращения не менее чем в 1,4 раза, от несчастных случаев, отравлений и травм - примерно в 2 раза, снизить показатели младенческой и материнской смертности до показателей развитых стран, уменьшить в 1,5 раза заболеваемость социально значимыми заболеваниями.

Планируется примерно в 1,3 раза увеличить объем амбулаторной помощи, в первую очередь профилактической, позволяющей выявлять заболевания на ранних стадиях, значительно повысить эффективность использования коечного фонда (увеличить оборот и занятость койки, снизить среднюю длительность пребывания в стационаре и т.д.), обеспечить в полном объеме потребность населения в высокотехнологичной медицинской помощи.

Улучшение показателей здоровья населения и деятельности организаций системы здравоохранения будет обеспечиваться на основе постоянной модернизации технологической базы отрасли, развития медицинской науки и образования, улучшения кадрового состава.

Для достижения запланированных показателей предусматривается за 2008 - 2020 годы увеличить долю государственных расходов на систему здравоохранения в валовом внутреннем продукте с 3,6 процента до не менее 5,2 - 5,5 процента (с учетом различий в паритете покупательной способности рубля и валют других стран доля государственных расходов на систему здравоохранения в валовом внутреннем продукте составит около 10 - 11 процентов, что сопоставимо с показателями передовых иностранных государств).

Кроме того, в развитии общества, его духовного и физического здоровья значительную роль играют физическая культура и спорт.

Стратегическая цель государственной политики в сфере физической культуры и спорта - создание условий, ориентирующих граждан на здоровый образ жизни, в том числе на занятия физической культурой и спортом, развитие спортивной инфраструктуры, а также повышение конкурентоспособности российского спорта.

4. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) - первый в истории договор, принятый под эгидой Всемирной организации здравоохранения. РКБТ является договором, основанным на фактических данных, в котором подтверждается право всех людей на обладание наивысшим уровнем здоровья. РКБТ представляет собой показательный сдвиг в сторону разработки соответствующей стратегии регулирования веществ, вызывающих зависимость; в отличие от предыдущих договоров по контролю за наркотическими средствами, в РКБТ особое значение придается стратегиям сокращения спроса, а также вопросам, связанным с предложением.

РКБТ была разработана в ответ на глобализацию табачной эпидемии. Распространению табачной эпидемии в настоящее время способствуют разнообразные комплексные факторы с трансграничными последствиями, включая либерализацию торговли и прямые иностранные инвестиции. Резкому расширению масштабов потребления табака содействуют и другие факторы, такие как глобальный маркетинг, транснациональная реклама, стимулирование продажи и спонсорство табака, а также международные перевозки контрабандных и поддельных сигарет.

Уже самый первый пункт преамбулы, в котором говорится, что «Стороны настоящей Конвенции преисполнены решимости уделять приоритетное внимание своему праву на защиту здоровья людей», свидетельствует о том, что РКБТ направлена на установление глобальных тенденций.

Основные положения РКБТ, регламентирующие сокращение спроса на табак, содержатся в статьях 6-14:

Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак; и Неценовые меры по сокращению спроса на табак, а именно:

- Защита от воздействия табачного дыма;
- Регулирование состава табачных изделий;
- Регулирование раскрытия состава табачных изделий;
- Упаковка и маркировка табачных изделий;
- Просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения;
- Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табака; и
- Меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака;

Основные положения РКБТ, регламентирующие сокращение предложения табака, содержатся в статьях 15-17:

Незаконная торговля табачными изделиями;

Продажа несовершеннолетним и несовершеннолетними; и Поддержка альтернативных видов экономически жизнеспособной деятельности.

Еще одной новаторской особенностью РКБТ является включение положения, регламентирующего ответственность.

Механизмы научного и технического сотрудничества и обмена информацией изложены в статьях 20-22.

РКБТ ВОЗ была открыта для подписания с 16 июня по 22 июня 2003 г. в Женеве и впоследствии в Центральных учреждениях Организации Объединенных Наций, которые являются Депозитарием этого договора, с 30 июня 2003 г. по 29 июня 2004 года. Эта конвенция, которая в настоящее время закрыта для подписания, насчитывает 168 государств-участников, включая Европейское сообщество, что делает ее одним из самых широко признанных договоров в истории ООН.

Государства-члены, подписавшие Конвенцию, указали, что они будут стремиться в духе доброй воли ратифицировать, принять или утвердить ее и проявлять политическую волю, с тем, чтобы не подрывать содержащиеся в ней цели. Страны, желающие стать Стороной Конвенции, но не подписали ее до 29 июня 2004 г., могут сделать это путем присоединения, которое является одноэтапной процедурой, эквивалентной ратификации.

Конвенция вступила в силу 27 февраля 2005 г. - спустя 90 дней после присоединения к ней, ее ратификации, принятия или утверждения 40 государствами.

Начиная с этой даты, для сорока Договаривающихся сторон положения Конвенции стали юридически обязательными. Для каждого государства, которое ратифицирует, принимает или утверждает настоящую Конвенцию или присоединяется к ней, Конвенция вступает в силу на девяностый день после даты сдачи им на хранение документа о ратификации, принятии, утверждении или присоединении. Для региональной организации экономической интеграции Конвенция вступает в силу на девяностый день после даты сдачи ею документа об официальном одобрении или присоединении.

Глобальная сеть, сложившаяся за период переговоров по РКБТ ВОЗ, имеет важное значение при подготовке к осуществлению Конвенции на уровне стран.

Как сказал Генеральный директор ВОЗ д-р Чон-вук ЛИ, «Переговоры по РКБТ ВОЗ уже положили начало процессу, который привел к видимым результатам на страновом уровне. Успех РКБТ ВОЗ в качестве средства общественного здравоохранения будет зависеть от нашей энергии и политической приверженности делу ее осуществления в странах в предстоящие годы. Успешным результатом будет глобальное улучшение общественного здравоохранения в интересах всех людей».

Для реализации этой задачи Россия предприняла значительные усилия, которые нашли свое отражение и на законодательном уровне.

5. Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы

Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы разработана в соответствии со статьей 5 Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака.

Потребление табака, в том числе в виде табачных изделий, является существенной угрозой для здоровья граждан России. С потреблением табака и воздействием табачного дыма связан ряд социальных, экономических и экологических последствий, а ущерб здоровью от потребления табака ложится тяжелым бременем на общество и государство.

В России ежегодно от болезней, связанных с потреблением табака, погибают от 350 тысяч до 500 тысяч граждан.

Потребление табака увеличивает риск развития тяжелых сердечно-сосудистых, бронхолегочных, желудочно-кишечных, эндокринных и онкологических заболеваний, заболеваний репродуктивной системы и других заболеваний.

Распространенность потребления табака среди взрослого населения России в различных регионах страны составляет 53 - 80 процентов среди мужчин и 13 - 47 процентов - среди женщин.

Распространенность потребления табака среди юношей и девушек составляет соответственно 28 - 67 процентов и 15 - 55 процентов.

Наибольший рост потребления табака за последние 5 лет (в 3 раза) отмечен среди женщин, детей и подростков. Во время беременности более 40 процентов курящих женщин продолжают курить, что приводит к увеличению числа детей, родившихся больными, росту недоношенности и раннему прерыванию беременности.

Около 80 процентов населения РФ подвергается ежедневному пассивному курению табака. Вещества, содержащиеся в табачном дыме, обладают токсичными, мутагенными и канцерогенными свойствами.

Продвижению табачной продукции на рынок России и дальнейшему увеличению числа ее потребителей способствуют низкие налоги и цены на табачные изделия, активная реклама табака, низкая информированность населения о вреде потребления табака и воздействия табачного дыма на человека, недостаточный уровень организации профилактической работы и медицинской помощи, направленных на отказ от потребления табака.

Целью Концепции является создание условий для защиты здоровья россиян от последствий потребления табака и воздействия табачного дыма путем реализации мер, направленных на снижение потребления табака и уменьшение его воздействия на человека.

Достижение данной цели означает формирование общества, в котором граждане будут защищены от потерь многих лет продуктивной жизни, снижения производительности труда, расходов на лечение тяжелых заболеваний, связанных с потреблением табака.

Итогом реализации Концепции является создание условий для дальнейшего постоянного снижения распространенности потребления табака среди населения, что позволит в долгосрочной перспективе снизить уровень распространенности потребления табака среди населения России до 25 процентов, а также достичь ежегодного снижения показателей заболеваемости и смертности от болезней, связанных с потреблением табака.

В качестве целевых ориентиров при реализации мероприятий по снижению потребления табака в Российской Федерации на среднесрочную перспективу к 2015 году должны стать:

- снижение распространенности потребления табака среди населения Российской Федерации на 10 - 15 процентов, недопущение его потребления детьми, подростками и беременными женщинами;

- снижение доли граждан, подвергающихся воздействию табачного дыма, на 50 процентов с достижением полной защиты от воздействия табачного дыма на территориях образовательных учреждений, медицинских, физкультурно-спортивных организаций, организаций культуры и во всех закрытых помещениях;

- повышение осведомленности населения о рисках для здоровья, связанных с потреблением табака, и охват антитабачной пропагандой 90 процентов населения;

- позэтапное увеличение налога на табачные изделия, установление равных ставок акцизов для сигарет с фильтром и без фильтра, включая увеличение адвалорной и специфической ставок акцизов, с доведением до среднего уровня среди стран

Европейского региона Всемирной организации здравоохранения.

Меры по организации медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака, и лечения табачной зависимости представлены в таблице 5.1.

Таблица 5.1.

Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы.

Меры по организации медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака, и лечения табачной зависимости:	
- оказание медицинской помощи, направленной на отказ от потребления табака, различным категориям населения, в том числе детям, подросткам и беременным женщинам;	- создание бесплатной доступной консультативной телефонной линии по оказанию помощи, направленной на отказ от потребления табака;
- включение методов отказа от потребления табака в стандарты и протоколы лечения заболеваний, для которых табак является фактором риска;	- разработка и внедрение программ и технологий мотивирования лиц к отказу от потребления табака;
- обеспечение доступности современных фармакологических препаратов, применяемых для лечения табачной зависимости;	- информирование населения об эффективных методах отказа от потребления табака и о медицинских организациях, оказывающих соответствующую помощь;
- разработка и включение в образовательные стандарты и программы медицинских средних специальных и высших учебных заведений разделов, включающих сведения о влиянии потребления табака на здоровье человека...;	- организация постоянного последилового обучения медицинских работников современным методам оказания медицинской помощи, направленной на отказ от потребления табака;
- проведение научных исследований в области изучения воздействия табака на организм человека и повышения эффективности лечебно-профилактических программ, предусматривающих отказ от потребления табака, оценка их эффективности.	

Важное значение приобретает организация медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака, и лечения табачной зависимости. Большинство потребителей табака страдают табачной зависимостью, в связи с чем отказ от потребления табака для них крайне затруднителен. Организация доступной медицинской помощи, направленной на отказ от потребления табака, снижает уровень распространенности потребления табака среди населения.

Несовершеннолетние граждане Российской Федерации являются особой категорией граждан, защита которых от воздействия табака должна быть приоритетной.

Появление таких новых, привлекательных для подростков табачных изделий, как кальян, снюс, нюхательный табак, требует введения дополнительных мер, ограничивающих их продажу лицам, не достигшим 18 лет.

В связи с этим требуется введение дополнительных мер по снижению доступности табачных изделий для подростков с учетом появления новых способов торговли, включая интернет-магазины, рассылку товаров по почте и другие способы дистанционной торговли.

Меры по недопущению продажи табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними представлены в таблице 5.2.

Таблица 5.2.

Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы.

Недопущение продажи табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними	
- организация продажи табачных изделий в специально отведенных торговых местах...;	- усиление контроля за размещением объявлений о запрете продажи табачных изделий несовершеннолетним;
- введение запрета на изготовление, продажу и распространение конфет, жевательных резинок, игрушек и иных продуктовых и непродовольственных товаров в форме табачных изделий или с использованием логотипов или цветов табачных марок и табачных компаний;	- введение запрета продажи всех видов табачных изделий в кафе, интернет-кафе, танцевальных и развлекательных клубах, во время проведения культурно-массовых мероприятий и в других местах, где в основном собираются лица, не достигшие 18 лет;
- наделение продавцов табачных изделий правом требовать документ, подтверждающий совершеннолетие покупателя, в случае сомнения относительно его возраста...;	- усиление ответственности за нарушение правил торговли табачными изделиями, в том числе за продажу сигарет поштучно или в небольших упаковках, а также с использованием автоматов;
- усиление ответственности за розничную продажу табачных изделий через интернет-магазины, рассылку по почте и другими способами дистанционной торговли...;	- введение запрета на распространение бесплатных табачных изделий;
- введение запрета на привлечение лиц, не достигших 18 лет, к продаже, распространению и рекламированию табачных изделий;	- повышение информированности об ответственности торговых работников, дистрибьюторов, рекламных агентов за продажу и распространение табачных изделий среди лиц, не достигших 18 лет;
- совершенствование механизма контроля за выполнением запрета продажи табачных изделий несовершеннолетними и усиление ответственности за их нарушение.	

6. ФЗ от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»

Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. N 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» принят на замену Федерального закона от 10 июля 2001 г. N 87-ФЗ «Об ограничении курения табака» исходя из необходимости реализации Рамочной конвенция ВОЗ по борьбе против табака, которая заключена в г. Женеве 21 мая 2003 г. и к которой Россия присоединилась в 2008 г.

Необходимость развития законодательства в сфере охраны здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака обусловлено высокой распространенностью потребления табака в России и связанными с этим негативными медицинскими, демографическими и другими социально-экономическими последствиями.

Основные понятия, используемы в ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма....»	
1) курение табака	— использование табачных изделий в целях вдыхания дыма, возникающего от их тления;
2) окружающий табачный дым	— табачный дым, содержащийся в атмосферном воздухе места, в котором осуществляется или осуществлялось ранее курение табака, в том числе табачный дым, выдыхаемый лицом, осуществляющим курение табака;
3) последствия потребления табака	— причинение вреда жизни или здоровью человека, вреда среде его обитания вследствие потребления табака и воздействия окружающего табачного дыма, а также связанные с этим медицинские, демографические, социально-экономические последствия;
4) потребление табака	— курение табака, сосание, жевание, нюханье табачных изделий;
5) спонсорство табака	— любой вид вклада в любые событие, мероприятие или отдельное лицо, целью, результатом или вероятным результатом которого является стимулирование продажи табачного изделия или употребления табака прямо или косвенно;
6) табачные организации	— юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие производство, перемещение через таможенную границу Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС или через Государственную границу Российской Федерации с государствами — членами Таможенного союза в рамках ЕврАзЭС табачной продукции.....

Рис. 6.1. Статья 2 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»

В дополнении к приведенным ранее показателям укажем, что по экспертным оценкам, в России курят более 40% взрослого населения - 43,9 млн. человек. Около 80% населения России ежедневно подвергается пассивному курению. По оценкам ВОЗ, из-за болезней, вызванных курением, в России ежегодно умирает до 400 тыс. россиян, более половины таких смертей (63%) приходится на болезни системы кровообращения, что связано с высоким уровнем распространенности потребления табака.

По оценкам экспертов, потери потенциальных лет жизни в трудоспособном возрасте, связанные с преждевременной смертностью, обусловленной курением (у мужчин около 40% всех смертей, у женщин - почти 20%), в целом составляют у мужчин 9 лет, у женщин 5,6 года. С учетом таких потерь упущенная выгода в производстве валового внутреннего продукта составляет 1,2 трлн. рублей или 6,3% ВВП. Такая ситуация получила

оценку как угрожающая здоровью населения России и требующая принятия неотложных мер.

В целях формирования единой правоприменительной практики и однозначного толкования с учетом специфики области регулирования, законом вводятся основные понятия (рис. 6.1).

В статье 4 определен перечень основных принципов охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака (рис. 6.2). Предыдущий закон такой регламентации не содержал. Нововведение обусловлено положениями ст. 4 «Руководящие принципы» Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, согласно которой для достижения цели данной Конвенции и ее протоколов и осуществления ее положений Стороны руководствуются, в частности, принципами, изложенными в названной статье.

Основными принципами охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака являются:
1) соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;
2) предупреждение заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности населения, связанных с воздействием окружающего табачного дыма и потреблением табака;
3) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;
4) системный подход при реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака, непрерывность и последовательность их реализации;
5) приоритет охраны здоровья граждан перед интересами табачных организаций;
6) обеспечение международного сотрудничества Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака;
7) взаимодействие органов государственной власти, органов местного самоуправления, граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, и юридических лиц, не связанных с табачными организациями;
8) открытость и независимость оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака;
9) информирование населения о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма;
10) возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью, имуществу гражданина, в том числе имуществу индивидуального предпринимателя, или юридического лица вследствие нарушения законодательства в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

Рис. 6.2. Статья 4. Основные принципы охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака

Статья 9 содержит нововведение - перечень прав и перечень обязанностей граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака (рис. 6.3).

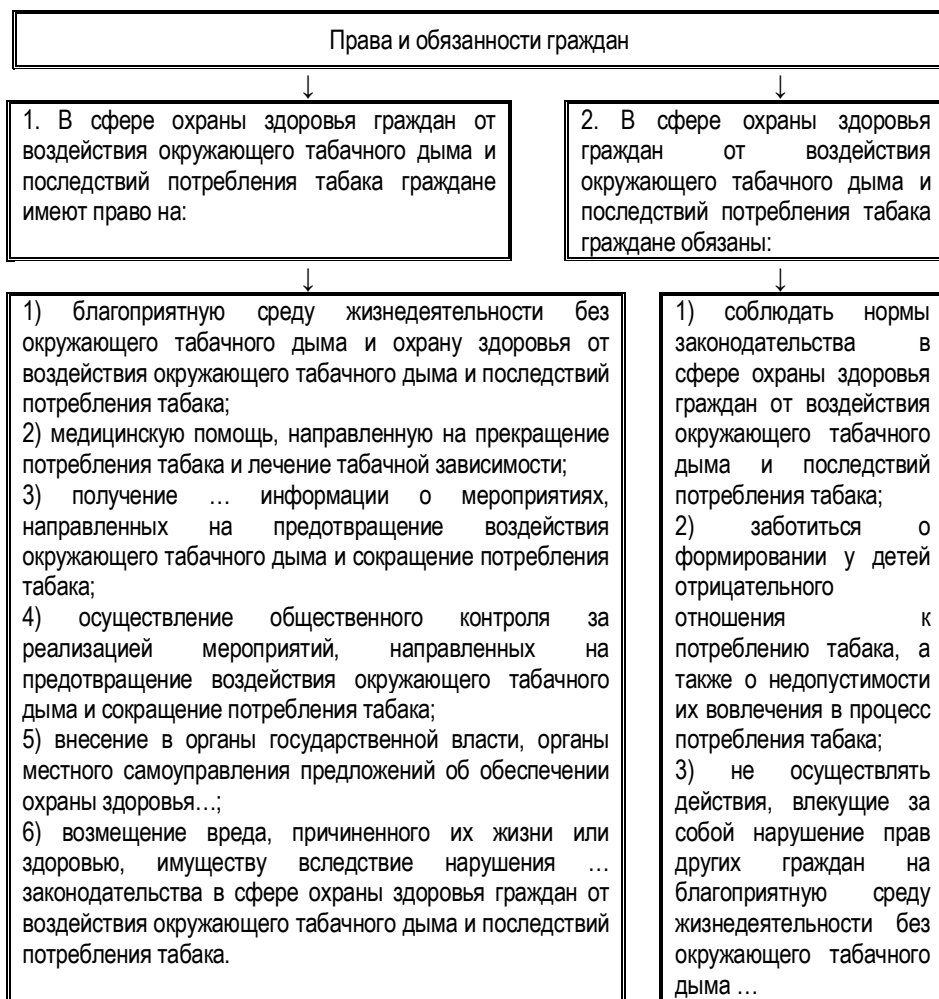


Рис. 6.3. Статья 9. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака

Статья 11 впервые законодательно определяет перечень мер, осуществляемых в целях предупреждения возникновения заболеваний, связанных с воздействием окружающего табачного дыма и потреблением табака, сокращения потребления табака (рис. 6.4).

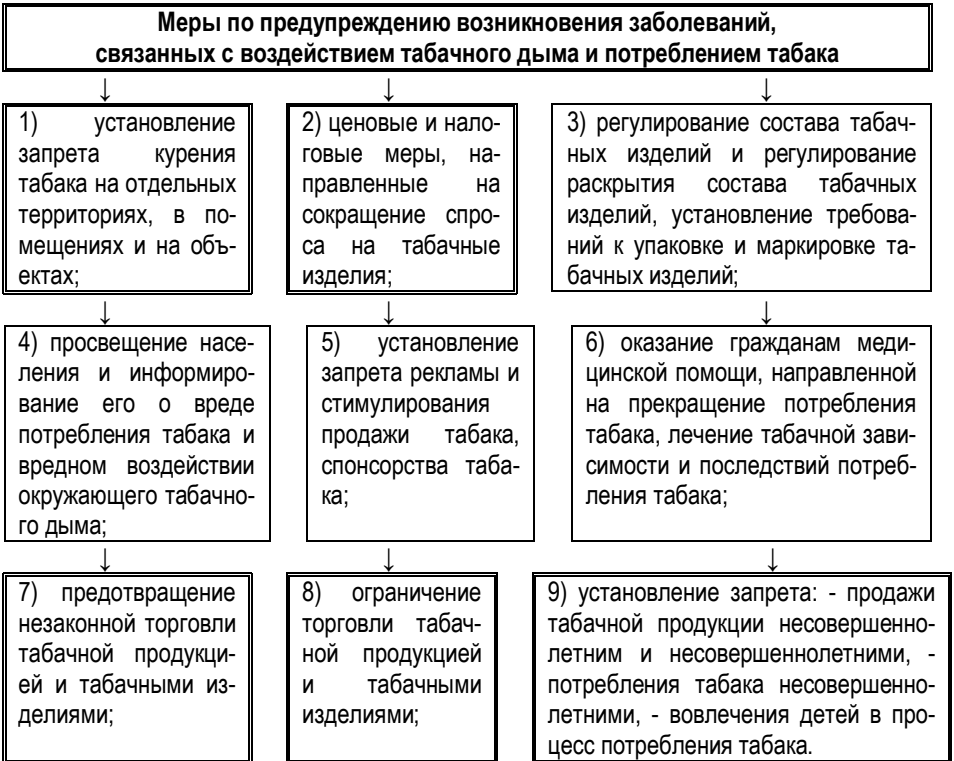


Рис. 6.4. Статья 11. Организация осуществления мер, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака

Статья 15 регламентирует просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма (рис. 6.5).

Статья 17 предусматривает и регламентирует оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака. Данное регулирование, которое в ФЗ «Об ограничении курения табака» не содержалось, введено соответственно положению подп. «с» п. 2 ст. 14 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, предусматривающему, что для содействия прекращению употребления табака и обеспечения адекватного лечения табачной зависимости каждая Страна стремится создать в учреждениях медико-санитарной помощи и центрах реабилитации программы по диагностике, консультированию, профилактике и лечению табачной зависимости (рис. 6.6).

В статье 20 установлены и регламентированы запреты продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, потребления табака несовершеннолетними, а также вовлечения детей в процесс потребления табака. Данная регламентация соответствует положениям ст. 16 «Продажа несовершеннолетним и несовершеннолетними» Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, в п. 1 которой наряду с прочим предусмотрено, что каждая Страна принимает и осуществляет

эффективные законодательные, исполнительные, административные или иные меры на соответствующем правительственном уровне для запрещения продажи табачных изделий лицам, не достигшим возраста, установленного внутренним законодательством, национальным законодательством, или 18 лет.

Статья 21 регламентирует осуществление государственного контроля в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака. В предыдущем Федеральном законе «Об ограничении курения табака» данный вопрос не регулировался.

В рамках регламентации осуществления государственного контроля в указанной сфере в статье, во-первых, обозначен основной законодательный акт, в соответствии с которым данный государственный контроль осуществляется, и, во-вторых, указаны федеральные органы исполнительной власти, которые осуществляют данный государственный контроль.

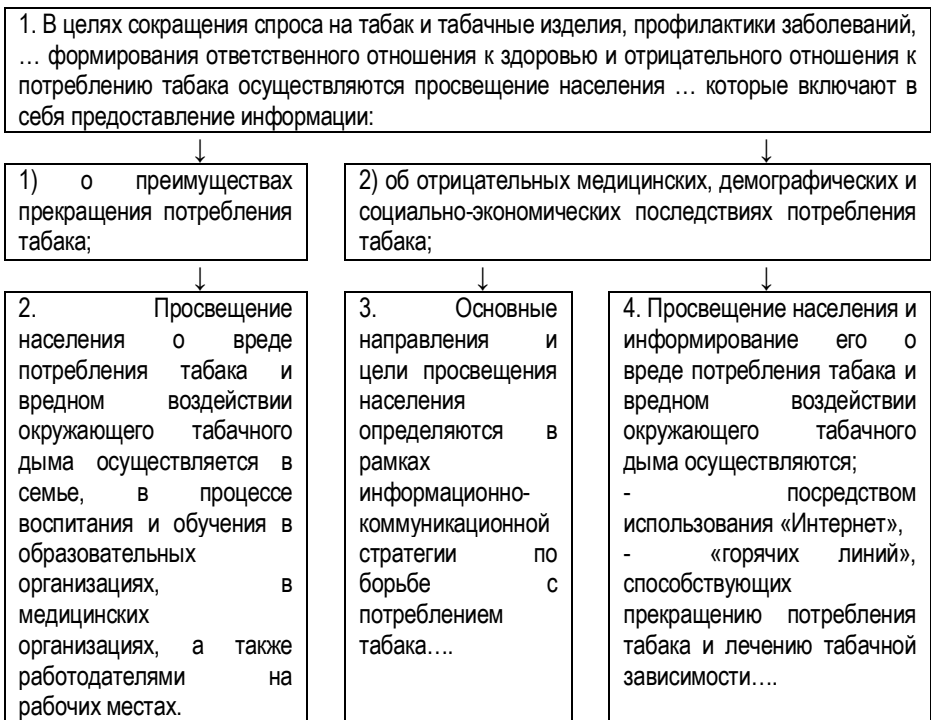


Рис. 6.5. Статья 15. Просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма

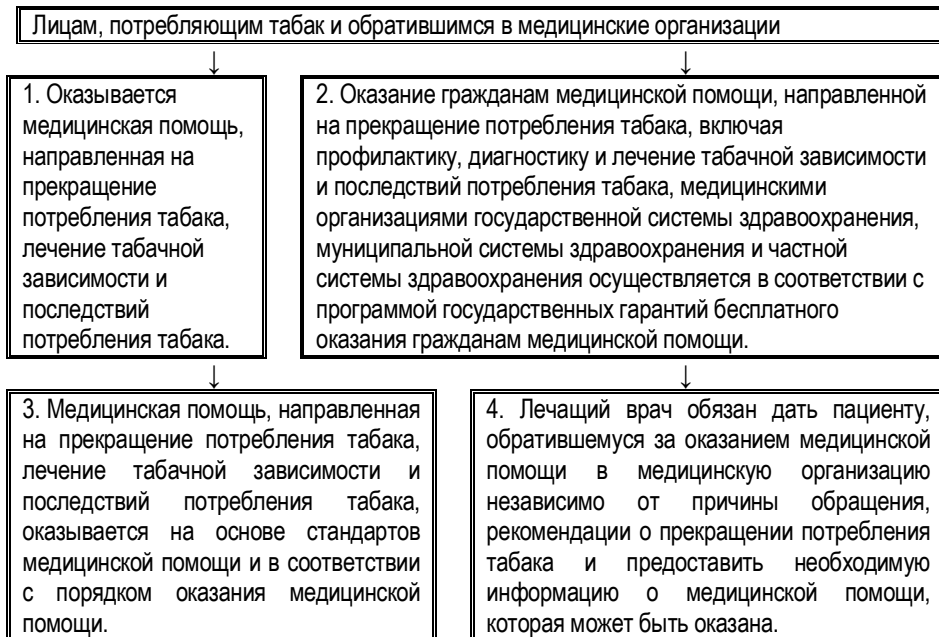


Рис. 6.6. Статья 17. Оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака

7. Нормативно-правовое регулирование продажи и потребления (распития) алкогольной продукции

Распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. N 2128-р одобрена Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года. Концепция определила цели, задачи и механизмы реализации государственной политики.

Анализ современной ситуации в РФ, связанный со злоупотреблением алкогольной продукции, показал, что увеличение потребления алкогольной продукции и изменение структуры ее потребления в сторону более крепкой алкогольной продукции происходили из-за отсутствия единых подходов государства к регулированию производства и оборота алкогольной продукции, смещению приоритетов в сферу экономических интересов в ущерб охране здоровья населения.

В России в 1914 - 1917 годах по сравнению с Европой был самый низкий уровень потребления алкогольной продукции - 0,83 литра абсолютного алкоголя (безводного спирта) в расчете на душу населения, но с середины 1970-х годов началось существенное увеличение ее потребления. К началу 1990-х годов потребление учтенной алкогольной продукции на душу населения составило 5,4 литра абсолютного алкоголя в год, а к 2008 году оно возросло до 10 литров, то есть в 1,8 раза.

Однако с учетом не разрешенных к потреблению спиртосодержащей продукции и крепких спиртных напитков домашней выработки фактическое потребление алкогольной

продукции на душу населения составляло около 18 литров в год. К 2014 г. ситуация мало изменилась (таблица 7.1).

Таблица 7.1
Рейтинг стран мира по уровню потребления алкоголя
World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health, 2014.

МЕСТО	СТРАНА	ПОТРЕБЛЕНИЕ
1	Молдова	18.22
2	Чехия	16.45
3	Венгрия	16.27
4	Россия	15.76
5	Украина	15.60
6	Эстония	15.57
8	Румыния	15.30
9	Словения	15.19
10	Беларусь	15.13
11	Хорватия	15.11
12	Латвия	15.03
13	Южная Корея	14.80
14	Португалия	14.55
15	Ирландия	14.41
16	Франция	13.66
17	Дания	13.37
18	Великобритания	13.37
19	Словакия	13.33
20	Польша	13.25
21	Австрия	13.24
22	Люксембург	13.01
23	Германия	12.81
24	Финляндия	12.52
25	Литва	12.50
26	Болгария	12.44
31	Армения	11.35
32	Сербия	11.09
33	Швейцария	11.06
34	Казахстан	10.96
35	Бельгия	10.77
36	Греция	10.75
37	Италия	10.68
38	Азербайджан	10.60
41	Швеция	10.30
43	Нидерланды	10.05
44	Австралия	10.02
45	Аргентина	10.00

48	Канада	9.77
56	Соединенные Штаты Америки	9.44
69	Япония	8.03
73	Норвегия	7.81
87	Грузия	6.40
95	Китай	5.91
106	Кыргызстан	5.09
114	Туркменистан	4.63
124	Вьетнам	3.77
131	Узбекистан	3.54
134	Таджикистан	3.39
135	Центрально-Африканская Республика	3.35
136	Демократическая Республика Конго	3.30
137	Монголия	3.24
139	Израиль	2.89
140	Турция	2.87
141	Индия	2.59
172	Индонезия	0.59
177	Ирак	0.40
178	Египет	0.37
187	Пакистан	0.06
188	Афганистан	0.02

По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения, превышение допустимого уровня потребления алкогольной продукции (из расчета 8 литров абсолютного алкоголя (безводного спирта) в год на душу населения) является крайне опасным для здоровья нации и потребление сверх данного предела каждого литра отнимает 11 месяцев жизни у мужчин и 4 месяца у женщин. Согласно мировой статистике потребление алкогольной продукции является причиной смерти почти 2 миллионов человек и возникновения 4 процентов болезней во всем мире ежегодно.

В Российской Федерации от случайного отравления алкогольной продукцией умирает более 23 тысяч человек, а от болезней, связанных со злоупотреблением алкогольной продукцией, - более 75 тысяч человек в год. В структуре потребления алкогольной продукции на душу населения в год более половины приходится на водку и ликероводочные изделия.

В Российской Федерации с 1998 года наблюдается ежегодное увеличение производства и продажи слабоалкогольных напитков, включая пиво.

Слабоалкогольные напитки производятся с вкусовыми и тонизирующими добавками, присущими традиционным безалкогольным прохладительным напиткам, и выпускаются в красочной упаковке, зачастую содержащей привлекательные для молодежи наименования и символику. Сведения о наличии в таких напитках содержания этилового спирта зачастую представлены не явно, что создает у потребителя ложное представление о них как о безалкогольных напитках. Кроме того, сочетание этилового спирта и тонизирующих веществ (в частности кофеина) в составе слабоалкогольных напитков ускоряет пристрастие населения, особенно молодежи, к алкогольной продукции.

В России с 1992 года в связи со злоупотреблением алкогольной продукцией происходят снижение продолжительности жизни и рост преждевременной смерти, которые являются существенными факторами ухудшения демографической ситуации в стране и основной причиной стремительного накопления демографических и социальных проблем в России с середины 1960-х годов.

Концепция демографической политики на период до 2025 года, нацеленная на стабилизацию и рост численности населения, планирует повышение общего коэффициента рождаемости в 1,5 раза и увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет. Достижение таких показателей невозможно без принятия государством эффективных мер по противодействию злоупотреблению алкогольной продукцией, которое в современной России приводит к преждевременной смерти людей от предотвратимых причин и является одной из основных причин социальной деградации определенной части общества, которая выражается в росте преступности, насилия, сиротства, в ухудшении здоровья, росте инвалидности и случаев суицида.

В состоянии алкогольного опьянения ежегодно совершаются многочисленные преступления - убийства, причинение тяжкого вреда здоровью, изнасилования, хулиганство, грабежи, разбои, угоны автотранспорта.

Алкоголизм является одной из самых распространенных причин отказа родителей от детей и лишения родительских прав. У воспитанников детских домов достаточно часто наблюдаются признаки алкогольного синдрома плода.

Высокий уровень алкоголизации ведет к тенденции роста количества разводов в семьях и «омоложения» алкоголизма.

Алкогольную продукцию потребляет значительное количество подростков. Раннее приобщение детей и молодежи к алкогольной продукции в несколько раз увеличивает риск развития алкоголизма и насильственной смерти в будущем.

Исследования показывают, что потребление алкоголя подростками снижает их интеллектуальные способности, ухудшает работу головного мозга, негативно влияет на успеваемость. Пьющие молодые люди вредят не только своему образованию, но и своей карьере, профессиональному будущему, в целом национальной экономике.

Прямые и косвенные экономические потери от алкоголизации населения наносят ощутимый вред социально-экономическому развитию страны. К экономическим потерям относятся повышенный уровень смертности, сокращение продолжительности здоровой жизни, утрата трудоспособности, снижение производительности труда, затраты на лечение заболеваний, связанных с алкоголизацией, социальные выплаты государства инвалидам, сиротам, ущерб от пожаров, дорожно-транспортных происшествий, расходы государства на содержание заключенных, на борьбу с преступностью и беспорядочностью. Особенно высок уровень смертности среди мужчин 40 - 60 лет, которые в этом возрасте обладают наиболее ценными профессиональными навыками. Их преждевременный уход из жизни наносит ущерб трудовым ресурсам, обладающим профессиональным опытом, снижает объем инвестиций в человеческий капитал. Алкоголизм назван одной из главных угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения.

Таким образом, алкоголизм как один из факторов демографического и социального кризиса в России представляет собой общенациональную угрозу на уровне личности, семьи, общества, государства.

Целями реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения

РФ являются значительное снижение уровня потребления алкогольных напитков; повышение эффективности системы профилактики злоупотребления алкогольной продукцией; повышение эффективности регулирования алкогольного рынка.

Приоритетные задачи в реализации поставленных целей перечислены на рис. 7.1.



Рис. 7.1. Приоритетные задачи по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 года

Достижение целей базируется на следующих принципах: обеспечение приоритетности защиты жизни и здоровья граждан по отношению к экономическим интересам участников алкогольного рынка; взаимодействие органов государственной власти, общественных организаций и религиозных объединений, представителей бизнеса и граждан, не связанных с алкогольной индустрией; информационная открытость результатов проведения мер, направленных на снижение масштабов злоупотребления алкогольной продукцией.

В концепции разработаны меры и механизм реализации поставленных задач.

Концепция будет реализована в 2 этапа. На первом (2010-2012 гг.) ужесточены требования к розничной продаже алкоголя, усилена ответственность за нарушения в сфере производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции. Увеличены акцизы и установлены минимальные розничные цены на алкоголь.

На втором этапе (2013 - 2020 гг.) уже реализуются программы по формированию традиции здорового образа жизни, развитию спорта и физкультуры. Ведется работа по повышению эффективности профилактики возникновения алкогольной зависимости. В здравоохранении реализуются меры по своевременному выявлению сопутствующих заболеваний.

Одним из индикаторов достижения результатов реализации концепции является уровень потребления алкоголя на душу населения. На втором этапе он должен снизиться на 55%. Кроме того, на втором планируется ликвидировать нелегальный алкогольный рынок, снизить уровень первичной заболеваемости и смертности от алкоголизма, а также смертности, связанной с острым отравлением алкоголем.

В соответствии с положениями Концепции Федеральный закон от 22 ноября 1995 г. N 171-ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» был существенно изменен и дополнен в 2013 г.

Под государственным регулированием производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции понимается устанавливаемый законодательством и принимаемый на его основе нормативными правовыми актами режим производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции. К алкогольной продукции относятся спирт питьевой, водка, ликеро-водочные изделия, коньяки (бренди), кальвадос, вино виноградное, вино плодово-ягодное и иная пищевая продукция с содержанием этилового спирта, произведенного из пищевого сырья, более 1,5% от объема единицы алкогольной продукции. Под оборотом этилового спирта и алкогольной продукции понимаются их экспорт, импорт, поставки, закупка, оптовая и розничная реализация.

Рассмотрены следующие меры государственного регулирования производства и оборота этилового спирта: лицензирование деятельности по производству и обороту этилового спирта; установление квот на объем экспорта, импорта и закупки этилового спирта; запрет на реализацию этилового спирта в розницу и др.

Установлен ряд запретов в области производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции (рис. 7.2).

31 декабря минувшего года Президент Российской Федерации подписал Федеральный закон от 31.12.2014 N 490-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции» и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Главной целью этого закона является создание условий для производителей качественной отечественной винодельческой продукции и введение с 01 января 2015 года государственной монополии на производство этилового спирта на территории Российской Федерации.

Законодательное Собрание Краснодарского края 24 мая 2012 года приняло Закон Краснодарского края N 2497-КЗ «Об установлении ограничений в сфере розничной продажи алкогольной продукции и безалкогольных тонизирующих напитков» (в ред. Законов Краснодарского края от 01.03.2013 N 2673-КЗ, от 02.10.2013 N 2793-КЗ, от 29.05.2014 N 2980-КЗ).

Этот закон устанавливает организационные и правовые основы профилактики алкоголизма, наркомании, токсикомании и имеет своей целью прекращение роста и уменьшение наркологической заболеваемости населения Краснодарского края и связанных с этим правонарушений.

Особые требования к розничной продаже и потреблению (распитию) алкогольной продукции. Не допускается розничная продажа алкогольной продукции:
1) в детских, образовательных, медицинских организациях, на объектах спорта, на прилегающих к ним территориях;
2) в организациях культуры, за исключением розничной продажи алкогольной продукции, осуществляемой организациями, и розничной продажи пива и пивных напитков, сидра, пуаре, медовухи, осуществляемой индивидуальными предпринимателями, при оказании ими услуг общественного питания;
3) на всех видах общественного транспорта (транспорта общего пользования) городского и пригородного сообщения, на остановочных пунктах его движения (в том числе на станциях метрополитена), на автозаправочных станциях;
4) на оптовых и розничных рынках, на вокзалах, в аэропортах, в иных местах массового скопления граждан и местах нахождения источников повышенной опасности, определенных органами государственной власти субъектов Российской Федерации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Указанные ограничения действуют также на прилегающих к таким местам территориях;
5) на объектах военного назначения и на прилегающих к ним территориях;
6) в нестационарных торговых объектах;
7) несовершеннолетним. В случае возникновения ...сомнения в достижении покупателем совершеннолетия продавец вправе потребовать у этого покупателя документ, удостоверяющий личность...и позволяющий установить возраст этого покупателя...
8) без сопроводительных документов.

Рис. 7.2. ФЗ «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, ...» (С изм. и доп. на 2.11. 2013 г.). Статья 16. Особые требования к розничной продаже и потреблению (распитию) алкогольной продукции

8. Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года

11 ноября 2010 г. Правительство РФ утвердило «Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года» и рекомендовало органам исполнительной власти субъектов РФ при формировании и осуществлении региональных программ социально-экономического развития учитывать эти положения.

Под государственной политикой Российской Федерации в области здорового питания населения (далее - государственная политика в области здорового питания) понимается комплекс мероприятий, направленных на создание условий, обеспечивающих удовлетворение в соответствии с требованиями медицинской науки потребностей различных групп населения в здоровом питании с учетом их традиций, привычек и экономического положения.

За последние годы отмечены улучшения в области питания населения за счет изменения структуры потребления пищевых продуктов (увеличения доли мясных и молочных продуктов, фруктов и овощей), разработано свыше 4000 пищевых продуктов, обогащается биологически ценными компонентами до 40 процентов продуктов детского питания, около 2 процентов хлебобулочных изделий и молочных продуктов, а также безалкогольных напитков.

Однако, несмотря на положительные тенденции в питании населения, смертность от хронических болезней, развитие которых в значительной степени связано с алиментарным фактором, остается значительно выше, чем в большинстве европейских стран.

Питание большинства взрослого населения не соответствует принципам здорового питания из-за потребления пищевых продуктов, содержащих большое количество жира животного происхождения и простых углеводов, недостатка в рационе овощей и фруктов, рыбы и морепродуктов, что приводит к росту избыточной массы тела и ожирению, распространенность которых за последние 8-9 лет возросла с 19 до 23 процентов, увеличивая риск развития сахарного диабета, заболеваний сердечно-сосудистой системы и других заболеваний.

Значительная часть работающего населения лишена возможности правильно питаться в рабочее время, особенно это касается малых и средних предприятий, что неблагоприятно сказывается на здоровье работающих.

Все это свидетельствует о необходимости развития программ, направленных на оптимизацию питания населения.

Поэтому определены и разработаны основные направления реализации государственной политики в области здорового питания и механизм их реализации (рис. 8.1).

Основные направления реализации государственной политики в области здорового питания:
1) разработка и принятие технических регламентов, касающихся продуктов питания;
2) законодательное закрепление усиления ответственности производителя за выпуск не соответствующей установленным требованиям и фальсифицированной пищевой продукции;
3) разработка национальных стандартов, обеспечивающих соблюдение требований технических регламентов, касающихся пищевых продуктов и продовольственного сырья;
4) совершенствование механизмов контроля качества производимых на территории РФ и поставляемых из-за рубежа пищевых продуктов и продовольственного сырья;
5) разработка комплекса мероприятий, направленных на снижение распространенности заболеваний, связанных с питанием;
6) законодательное обеспечение условий для инвестиций в производство витаминов, ферментных препаратов для пищевой промышленности, пробиотиков и других пищевых ингредиентов...;
7) обеспечение приоритетного развития фундаментальных исследований в области современных биотехнологических и нанотехнологических способов получения новых источников пищи ...;
8) разработка и внедрение единых форм государственной статистической отчетности о заболеваемости, связанной с нарушением питания...;
9) разработка и внедрение программ государственного мониторинга питания и здоровья населения ...;
10) усиление пропаганды здорового питания населения, в том числе с использованием средств массовой информации.

Рис. 8.1. Механизм реализации государственной политики в области здорового питания

Ожидаемыми результатами реализации государственной политики в области здорового питания являются:

обеспечение 80-95 процентов ресурсов внутреннего рынка основных видов продовольственного сырья и пищевых продуктов за счет продуктов отечественного производства;

увеличение доли производства продуктов массового потребления, обогащенных витаминами и минеральными веществами, включая массовые сорта хлебобулочных изделий, а также молочные продукты, - до 40-50 процентов общего объема производства;

увеличение доли производства молочных и мясных продуктов со сниженным содержанием жира - до 20-30 процентов общего объема производства;

увеличение доли производства отечественного мясного сырья и продуктов его переработки - до 45-50 процентов общего объема производства (в том числе мяса птицы - в 2 раза);

увеличение доли отечественного производства пищевой рыбной продукции, включая консервы, - до 7-8 процентов общего объема производства;

увеличение доли отечественного производства овощей и фруктов, а также продуктов их переработки - до 40-50 процентов общего объема производства (в том числе

продуктов органического производства);

достижение уровня обеспечения сбалансированным горячим питанием в организованных коллективах, в том числе трудовых, - не менее 80 процентов лиц, входящих в состав организованных коллективов; и т. д.

Контрольные вопросы

1. Назовите стандарты благосостояния человека, приведенные в Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года.

2. Охарактеризуйте особенности перехода к инновационному социально ориентированному типу экономического развития России по направлению - развитие человеческого потенциала России, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

3. Назовите основные приоритеты социальной и экономической политики в области развития человеческого потенциала (здравоохранение, образование, культура) на первом этапе (2008 - 2012 годы) инновационного развития российской экономики в 2008 - 2020 годах (Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года).

4. Назовите приоритеты социальной и экономической политики в области развития человеческого потенциала (здравоохранение, образование, культура) на втором этапе (2013 – 2020 годы) инновационного развития российской экономики в 2008 – 2020 годах (Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года).

5. Охарактеризуйте первое приоритетное направление государственной демографической политики по снижению смертности населения, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

6. Охарактеризуйте второе направление государственной политики народосбережения - сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение роли профилактики заболеваний и формирование здорового образа жизни, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

7. Что должно стать основой пропаганды здорового образа жизни, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года?

8. Охарактеризуйте третье направление государственной демографической политики и политики народосбережения - повышение уровня рождаемости (в том числе за счет рождения в семьях второго и последующих детей), согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

9. Охарактеризуйте цели государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ.

10. Охарактеризуйте первую задачу по реализации целей развития системы здравоохранения, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 - обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

11. Назовите пути решения задачи по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

12. Назовите пути решения задачи по модернизации системы обязательного медицинского страхования и развитию системы добровольного медицинского страхования, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

13. Назовите пути решения задачи по повышению эффективности системы организации медицинской помощи, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

14. Назовите пути решения задачи по улучшению лекарственного обеспечения граждан, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

15. Назовите пути решения задачи по информатизации системы здравоохранения и развитию медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышения квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

16. Назовите пути решения задачи по совершенствованию системы охраны здоровья населения, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

17. Назовите пути решения задачи по реализации приоритетного национального проекта "Здоровье", Итоги реализации мероприятий приоритетного национального проекта "Здоровье" в Краснодарском крае (Сайт министерства здравоохранения Краснодарского края: minzdravkk.ru).

18. Охарактеризуйте стратегическую цель государственной политики в сфере физической культуры и спорта и реализацию этой цели по направлению - развитие системы массовой физической культуры и спорта, физического воспитания, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

19. Охарактеризуйте целевые ориентиры развития физической культуры и спорта, согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ, на период до 2020 года.

20. Назовите международные и отечественные документы, посвященные борьбе против табака.

21. Дайте общую характеристику Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) - первому в истории договору, принятому под эгидой Всемирной организации здравоохранения.

22. Охарактеризуйте вступительную часть (преамбулу) Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (исходные установки, послужившие поводом для создания этого документа).

23. Перечислите термины, используемые для целей РКБТ ВОЗ.

24. Охарактеризуйте цель и руководящие принципы РКБТ ВОЗ

25. Перечислите ценовые и неценовые меры, указанные в РКБТ ВОЗ, касающиеся сокращению спроса на табак

26. Охарактеризуйте положения статей 11-16РКБТ ВОЗ - Упаковка и маркировка табачных изделий, Просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения, Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий и т. д.

27. Охарактеризуйте необходимость принятия и цели Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы.

28. Охарактеризуйте основные целевые ориентиры и основные принципы реализации Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы.

29. Назовите Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак, указанные в Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы.

30. Охарактеризуйте меры защита от воздействия табачного дыма, указанные в Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы.

31. Охарактеризуйте меры по снижению количества вредных веществ в табачных изделиях и информированию потребителей табака, указанные в Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы.

32. Охарактеризуйте вопросы просвещения и информирования населения о вреде потребления табака, указанные в Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы.

33. Проанализируйте проблемы организации медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака, и лечения табачной зависимости, указанные в Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы.

34. В чем должно состоять предотвращение незаконной торговли табачными изделиями, согласно Концепции осуществления государственной политики противодействия, потреблению табака на 2010 - 2015 годы.

35. Что подразумевает недопущение продажи табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними, согласно Концепции осуществления государственной политики противодействия, потреблению табака на 2010 - 2015 годы.

36. Укажите, какие мероприятий по реализации Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010 - 2015 годы, согласно плану, осуществлены в настоящее время.

37. Дайте определение основным понятиям, используемым в ФЗ от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака».

38. Назовите основные принципы охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, указанные в ст. 4 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака».

39. Охарактеризуйте полномочия органов государственной власти в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, указанные в ст. 5-7ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака».

40. Охарактеризуйте права и обязанности граждан и юридических лиц в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака, согласно ст. 9 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака».

41. Охарактеризуйте статью 11 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака» - Организация осуществления мер, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма и сокращение потребления табака.

42. Где допускает закон курение табака и при каких условиях?

43. Охарактеризуйте статью 15 ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака» - Просвещение населения и информирование его о вреде потребления табака и вредном воздействии окружающего табачного дыма.

44. Перечислите запреты, касающиеся рекламы и стимулирования продажи табака, спонсорства табака (ст. 16 ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака»).

45. Охарактеризуйте статью 17 ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака» - Оказание гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака.

46. В чем заключаются обязанности лечащего врача при оказании гражданам медицинской помощи, направленной на прекращение потребления табака? (ст. 17 ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака»).

47. Приведите положения статьи 20 ФЗ РФ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака» - Запрет продажи табачной продукции несовершеннолетним и несовершеннолетними, потребления табака несовершеннолетними, а также вовлечения детей в процесс потребления табака.

48. Охарактеризуйте приказ № 1216/1 Министерства здравоохранения КК от 26 апреля 2011 года (с изм. от 26.06.2013) «О запрете курения табака в учреждениях здравоохранения Краснодарского края». Где будет разрешено курить медицинскому работнику без последствий?

49. Перечислите деяния, нарушающие ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия ... табака», предусмотренные статьями 6.23; 6.24; 6.25 КоАП РФ 2014 г., влекущие административную ответственность

50. Перечислите товары, реклама которых не допускается (часть 2 статьи 7 ФЗ «О рекламе»).

51. Проанализируйте причины чрезмерного употребления алкоголя в России

52. Охарактеризуйте современную ситуацию в Российской Федерации, связанную со злоупотреблением алкогольной продукцией, приведенную в «Концепции реализации государственной политики по профилактике алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г.».

53. Перечислите цели и задачи реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации.

54. Назовите основные этапы и охарактеризуйте ожидаемые результаты реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения РФ.

55. Проанализируйте показатели рейтинга стран мира по уровню потребления алкоголя за 2014 год. Какие выводы Вы можете сделать в отношении России?

56. Приведите запреты на продажу алкоголя, установленные современным законодательством.

57. Дайте определение понятию «государственная политика в области здорового питания». Охарактеризуйте цели и задачи государственной политики в области здорового питания.

Тема: Правовое обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Цель: уяснение основных положений ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»

План

1. Законодательство РФ о санитарно-эпидемиологическом благополучии.
2. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения. Общие положения, объекты и субъекты, основные понятия.
3. Основные права и обязанности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия. Обязательные медицинские осмотры.
4. Организация федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора
5. Обязанности и ответственность должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор
6. Полномочия главных государственных санитарных врачей и их заместителей.
7. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил

Рекомендуемая литература

Основная

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (с изм. на 22.10.2014) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- 2.ФЗ от 30 марта 1999 года N 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в ред. ФЗ от 28.09.2010 N 243-ФЗ).
3. ФЗ «О защите прав потребителей» (в ред. ФЗ от 9 января 1996 года N 2-ФЗ) (с изм. на 25 июня 2012 года).
4. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс: в 3 т.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 976 с.

Дополнительная

1. Положение о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (в ред. Постановления Правительства РФ от 30.01.2013 N 65).
2. Сборник методических документов по обеспечению инфекционной безопасности в ЛПУ и предупреждению профессионального заражения медицинских работников инфекциями, передаваемыми с кровью. – Москва, 2008. – 136 с.
3. Приказ Минздрава РФ от 29.07.1998 N 230 «О повышении готовности органов и учреждений госсанэпидслужбы России к работе в чрезвычайных ситуациях». Текст документа по состоянию на июль 2011 года.
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 12 апреля 2011 г. N 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда».
5. Постановление главного государственного врача РФ от 9 декабря 2010 года №163 «Об утверждении СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

1. Законодательство РФ о санитарно-эпидемиологическом благополучии

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения - состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности.

Законодательство в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее - санитарное законодательство) основывается на Конституции РФ и состоит из Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», принятого 1 ноября 2011 г., Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (в ред. ФЗ от 28.09.2010 N 243-ФЗ), других федеральных законов, а также принимаемых в соответствии с ними иных нормативных правовых актов РФ, законов и иных нормативных правовых актов субъектов РФ

На втором месте после Конституции стоит ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» – основной источник правового регулирования санитарно-эпидемиологического благополучия населения (таблица 1.1).

В статье 2 ФЗ «Об основах...» в понятии «охрана здоровья» говорится о том, что это - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых в РФ, в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Также в понятие «медицинская деятельность» включена профессиональная деятельность по проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

В статье 6 ФЗ «Об основах...» указывается, что приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем установления требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях. Далее статья 12 утверждает приоритет профилактики в сфере охраны здоровья, который должен обеспечиваться путем осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

В статьях 14-17 ФЗ «Об основах...» говорится о Полномочиях федеральных органов государственной власти РФ, субъектов РФ и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья, которые касаются и санитарного благополучия населения.

Так, к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья относятся: организация системы санитарной охраны территории РФ; организация, обеспечение и осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора; реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах;

Вопросы санитарно-эпидемиологического благополучия в Федеральном законе
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Статьи	Содержание
Статья 2. Основные понятия...	2) охрана здоровья - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера.....в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи; 10) медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий....
Статья 6. Приоритет интересов пациента ...	Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем: ...5) установления требований к проектированию и размещению медицинских организаций с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях;
Статья 12. Приоритет профилактики ...	Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем: ...2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;...

<p>Глава 3. Полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья</p>	<p>Статья 14. 1. К полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья относятся: ...4) организация системы санитарной охраны территории Российской Федерации; 5) организация, обеспечение и осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора; ...2. К полномочиям федерального органа исполнительной власти, относятся: 1) ... реализация мер по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, оказанию медицинской помощи, санитарно-гигиеническому просвещению;...</p> <p>Статья 16. 1. К полномочиям органов государственной власти субъектов РФ ...относится ...2) разработка, утверждение и реализация программ развития здравоохранения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний, ...9) организация осуществления мероприятий по проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации, а также санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в соответствии с законодательством РФ; ...13) информирование населения субъекта РФ, в том числе через средства массовой информации, о возможности распространения социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, ... а также информирование об угрозе возникновения и о возникновении эпидемий;</p> <p>Статья 17. К полномочиям органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов... относятся: ...3) информирование населения муниципального образования, в том числе через средства массовой информации, о возможности распространения социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих..., а также информирование об угрозе возникновения и о возникновении эпидемий...</p> <p>4) участие в санитарно-гигиеническом просвещении населения...;</p>
<p>Статья 19. Право на медицинскую помощь</p>	<p>...5. Пациент имеет право на: ...2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;...</p>
<p>Статья 23. Информация о факторах, влияющих на здоровье</p>	<p>Граждане имеют право на получение достоверной и своевременной информации о ... санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, состоянии среды обитания,....</p>

Статья 29. Организация охраны здоровья	1. Организация охраны здоровья осуществляется путем: ...2) разработки и осуществления мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний, ... представляющих опасность для окружающих...; ...4) обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
Статья 30. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни	1. Профилактика инфекционных заболеваний осуществляется ... путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, ... программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям
Статья 49. Медицинские отходы	...2. Медицинские отходы разделяются по степени их эпидемиологической, токсикологической, радиационной опасности, ...на следующие классы: 1) класс «А» - эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым отходам; 2) класс «Б» - эпидемиологически опасные отходы; 3) класс «В» - чрезвычайно эпидемиологически опасные отходы; 4) класс «Г» - токсикологические опасные отходы, приближенные по составу к промышленным; 5) класс «Д» - радиоактивные отходы».
Статья 85. Контроль в сфере охраны здоровья	Контроль в сфере охраны здоровья включает в себя: ...4) федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляемый в соответствии с законодательством РФ о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

В статье 19 ФЗ «Об основах...» указано, что пациент имеет право на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям

В статье 23 «Информация о факторах, влияющих на здоровье», говорится, что граждане имеют право на получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, состоянии среды обитания, рациональных нормах питания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг. Такая информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями, а также организациями в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

Статья 29 ФЗ «Об основах...» - «Организация охраны здоровья» предусматривает обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Далее статья 30 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» прямо относится к санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, так как указывает, что «Профилактика инфекционных заболеваний осуществляется органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

Статья 49 ФЗ «Об основах...» «Медицинские отходы» непосредственно относится к охране санитарно-эпидемиологического благополучия населения. «1. Медицинские отходы - все виды

отходов, в том числе анатомические, патолого-анатомические, биохимические, микробиологические и физиологические, образующиеся

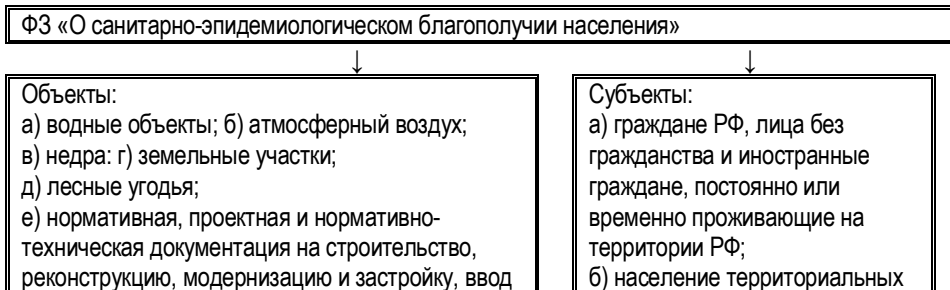
в процессе осуществления медицинской деятельности и фармацевтической деятельности, деятельности по производству лекарственных средств и медицинских изделий.....»

Статья 85 «Контроль в сфере охраны здоровья» включает в себя государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляемый в соответствии с законодательством РФ о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

Вышеперечисленные нормативы являются источниками для разработки законов и подзаконных актов санитарного законодательства, среди которых основополагающим является ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

2. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Общие положения, объекты и субъекты, основные понятия

В соответствии с Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» объектом охраны выступает «санитарно-эпидемиологическое благополучие населения». Однако, это общий объект охраны и результат общественного отношения. Конкретные объекты и субъекты в правоотношениях санитарно-эпидемиологического благополучия населения представлены на рис. 2.1.



<p>в эксплуатацию жилых домов, объектов культурно-бытового, жилищно-коммунального назначения, промышленных, транспортных и других предприятий и сооружений;</p> <p>ж) материалы, вещества, изделия и иная продукция народного хозяйства, технологии их изготовления;</p> <p>з) продовольственное и промышленное сырье, пищевые продукты, технологии их изготовления и контактирующие с ними материалы и изделия;</p> <p>и) содержание территории населенных пунктов, процесс захоронения, переработки, обезвреживания и утилизации производственных и бытовых отходов;</p> <p>к) эксплуатация производственных зданий, помещений, сооружений и оборудования;</p> <p>л) работы с источниками ионизирующих и неионизирующих излучений.</p>	<p>образований (городов, поселков и др.);</p> <p>в) юридические лица и индивидуальные предприниматели;</p> <p>государственные органы управления и контроля общей компетенции;</p> <p>д) государственные органы управления и контроля специальной компетенции;</p> <p>е) ведомственные органы санитарного и экологического надзора;</p> <p>ж) общественные объединения;</p> <p>з) международные организации.</p>
--	---

Рис. 2.1. Объекты и субъекты санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Первое, что следует отметить – это статью 1, в которой даны определения основных понятий, используемых для целей Федерального закона (рис. 2.2).

санитарно-эпидемиологическое благополучие населения	- состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности;
среда обитания	- совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющая условия жизнедеятельности человека;
факторы среды обитания	- биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные), химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловые, ионизирующие, неионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений;
вредное воздействие на человека	- воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни или здоровью человека либо угрозу жизни или здоровью будущих поколений;
благоприятные условия жизнедеятельности	состояние среды обитания, при котором отсутствует вредное воздействие ее факторов на человека (безвредные условия) и имеются возможности для восстановления нарушенных функций организма человека;

безопасные условия для человека	- состояние среды обитания, при котором отсутствует опасность вредного воздействия ее факторов на человека;
санитарно-эпидемиологическая обстановка	- состояние здоровья населения и среды обитания на определенной территории в конкретно указанное время;
гигиенический норматив	- установленное исследованиями допустимое максимальное или минимальное количественное и (или) качественное значение показателя, характеризующего тот или иной фактор среды обитания с позиций его безопасности и (или) безвредности для человека;
ограничительные мероприятия (карантин)	- административные, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и предусматривающие особый режим хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов, товаров и животных;
инфекционные заболевания	- инфекционные заболевания человека, возникновение и распространение которых обусловлено воздействием на человека биологических факторов среды обитания (возбудителей инфекционных заболеваний) и возможностью передачи болезни от заболевшего человека, животного к здоровому человеку;
инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих,	- инфекционные заболевания человека, характеризующиеся тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (эпидемия);
массовые неинфекционные заболевания (отравления)	- заболевания человека, возникновение которых обусловлено воздействием физических, и (или) химических, и (или) социальных факторов среды обитания.

Рис. 2.2. Перечень некоторых основных понятий, используемых в ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»

Кроме выше перечисленных, Закон вводит еще понятия: санитарные правила; социально-гигиенический мониторинг; государственный санитарно-эпидемиологический надзор; санитарно-эпидемиологическое заключение; санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия.

В статье 2 – «Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения», определено, что оно обеспечивается в первую очередь профилактикой заболеваний в соответствии с санитарно-эпидемиологической обстановкой и прогнозом ее изменения; выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательным соблюдением гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарных правил как составной части осуществляемой ими деятельности; а также государственным санитарно-эпидемиологическим нормированием, федеральным государственным санитарно-эпидемиологическим надзором и др.

3. Основные права и обязанности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия. Обязательные медицинские осмотры

ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» закрепляет права и обязанности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц. В статье 8 и 10 перечислены права и обязанности граждан (рис. 2.3).

В статьях 9 и 11 детализированы права и обязанности индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

Особо следует остановиться на положениях статьи 34 - Обязательные медицинские осмотры

«1. В целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и профессиональных заболеваний работники отдельных профессий, производств и организаций при выполнении своих трудовых обязанностей обязаны проходить предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические медицинские осмотры (далее - медицинские осмотры).

2. В случае необходимости на основании предложений органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, решениями органов государственной власти субъектов Российской Федерации или органов местного самоуправления в отдельных организациях (цехах, лабораториях и иных структурных подразделениях) могут вводиться дополнительные показания к проведению медицинских осмотров работников.

3. Индивидуальные предприниматели и юридические лица обязаны обеспечивать условия, необходимые для своевременного прохождения медицинских осмотров работниками.

4. Работники, отказывающиеся от прохождения медицинских осмотров, не допускаются к работе.

5. Данные о прохождении медицинских осмотров подлежат внесению в личные медицинские книжки и учету лечебно-профилактическими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

6. Порядок проведения обязательных медицинских осмотров, учета, ведения отчетности и выдачи работникам личных медицинских книжек определяется федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор».

Хотя информация о состоянии здоровья, диагнозе, результатах обследования составляет врачебную тайну, обязательные медицинские осмотры работников — одно из требований охраны труда. Они позволяют обеспечить безопасные условия и охрану труда. Обязанность некоторых категорий работников проходить обязательный медицинский осмотр предусмотрена Трудовым кодексом РФ и другими нормативными правовыми актами.

В Трудовом кодексе РФ (ТК РФ) установлен перечень категорий лиц, подлежащих обязательному медицинскому осмотру при заключении трудового договора (т.е. при приеме на работу).

Предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры (ч. 1 ст. 213 ТК РФ) в обязательном порядке обязаны проходить :

- лица, не достигшие 18 летнего возраста;
- работники, которые заняты на тяжелых работах и работах с вредными, или опасными условиями труда, а также на работах, связанных с движением транспорта;
- лица, привлекаемые на работу в районы Крайнего Севера и приравненные к ним местности из других местностей;
- лица, которые принимаются на работу, выполняемую вахтовым методом;
- работники организаций пищевой промышленности, общественного питания и торговли; водопроводных сооружений, лечебно-профилактических и детских учреждений.
- работники, обеспечивающие движение поездов;
- работники, занятые на подземных работах;
- работники ведомственной охраны, аварийно-спасательной службы;
- спортсмены;
- работники некоторых других работодателей. Сюда относятся также педагогические работники; судьи, прокурорские работники, работники органов внутренних дел, государственные или муниципальные служащие.

Права граждан	Обязанности граждан
<ul style="list-style-type: none"> - на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека; - получать в соответствии с законодательством Российской Федерации в органах государственной власти, органах местного самоуправления, органах, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и у юридических лиц информацию о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг; - обращаться в органы, уполномоченные на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в связи с нарушениями требований санитарного законодательства, - вносить в органы государственной власти, органы местного самоуправления, органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, предложения об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения; - на возмещение в полном объеме вреда, причиненного их здоровью или имуществу вследствие нарушения другими гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарного законодательства, 	<ul style="list-style-type: none"> - выполнять требования санитарного законодательства, а также постановлений, предписаний осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор должностных лиц; - заботиться о здоровье, гигиеническом воспитании и об обучении своих детей; - не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

Рис. 2.3. Права и обязанности граждан

Порядок их проведения утверждён Приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов... (далее – Порядок)», который вступил в силу с 01 января 2012 года.

Лицу, поступающему на работу, выдается индивидуальное направление.

В направлении указываются наименование работодателя;

— форма собственности и вид экономической деятельности;

— наименование медицинской организации, адрес ее местонахождения и код по ОГРН;

— вид медосмотра (предварительный или периодический), ФИО и дата рождения лица, поступающего на работу; — наименование структурного подразделения (при наличии), в котором будет занято лицо, поступающее на работу;

— должность (профессия) или вид работы;

— вредные и (или) опасные производственные факторы, а также вид работы в соответствии с утвержденным работодателем контингентом работников, подлежащих предварительному осмотрам.

Медосмотр обычно проводится в медицинском учреждении, с которым работодатель заключил договор, но можно пройти медосмотр в любой медицинской организации на ваш выбор. Единственное условие – организация должна иметь лицензию на право предоставления медицинских услуг. У районных, городских, поселковых, республиканских поликлиник и больниц лицензия есть. Проверять ее наличие нужно при обращении в частные клиники и консультационные центры.

Для прохождения медосмотра лицо, поступающее на работу, представляет в медицинскую организацию направление; паспорт (другой документ, удостоверяющий личность), паспорт здоровья (при наличии).

Форма документа, который подтверждает прохождение предварительного медосмотра, зависит от категории граждан, направленных на осмотр.

Для несовершеннолетних это справка по форме № 086/у.

Для работников пищевой промышленности, общественного питания, торговли, водопроводных сооружений, лечебно-профилактических, детских и образовательных учреждений, организаций – заключение о возможности (невозможности) работы в конкретных условиях труда и личная медицинская книжка. В народе эти книжки называют санитарными.

В иных случаях документом, подтверждающим прохождение медосмотра, будет медицинское заключение о возможности (невозможности) работы в конкретных условиях труда.

Предварительный или периодический осмотр считается завершённым в случае осмотра работника всеми врачами-специалистами, а также выполнения полного объёма лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных Перечнем. По окончании прохождения медицинского осмотра оформляется заключение по его результатам. Заключение составляется в двух экземплярах, подписывается председателем медицинской комиссии с указанием фамилии и инициалов и заверяется печатью медицинской организации, проводившей медицинский осмотр. Один экземпляр заключения выдается лицу, поступающему на работу.

Расходы на прохождение медосмотра несет работодатель. При этом оплачиваются услуги того медицинского учреждения, с которым заключен договор.

В случае отсутствия такого договора лицо, поступающее на работу, может пройти

медосмотр за свой счет, а организация обязана возместить ему расходы.

Таким образом, медосмотр позволит работнику узнать о состоянии собственного здоровья, но вы при этом не заплатите ни копейки. На время прохождения обязательного медосмотра сохраняется средний заработок по месту работы.

Конечно, организация может направлять работников на обследование чаще, чем это предусмотрено законодательством, или оплачивать медосмотры, которые сотрудники прошли по собственному желанию – это никто администрации предприятия не запретит.

Работодатель не имеет право разглашать информацию о состоянии здоровья своего работника, за это предусмотрена административная ответственность.

Если сотрудник не прошел обязательный медицинский осмотр, допускать его к работе нельзя (статья 212 ТК РФ). Зачастую это требование работодателями всерьез не воспринимается, однако за несоблюдение этого правила государственная инспекция труда может оштрафовать должностных лиц организации. Если такое нарушение она обнаружит впервые, то штраф составит от 5 до 50 МРОТ. Если же инспекция труда уже наказывала должностные лица предприятия за непроведение медосмотров, то последствия будут уже более жесткие. Это установлено статьей 5.27 Кодекса РФ об административных правонарушениях РФ, которая предусматривает наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от 1000 до 5000 тысяч рублей; на юридических лиц - от 30 000 до 50 000 рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

С 1 января 2015 года устанавливается административная ответственность работодателя и его должностных лиц за допуск работника к исполнению им трудовых обязанностей без прохождения в установленном порядке обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности) медицинских осмотров уже по ч. 3 ст. 5.27.1 КоАП РФ (в редакции Федерального закона от 28.12.2013 N 421-ФЗ), которая предусматривает наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от 15 000 до 25 000 тысяч рублей; на юридических лиц - от 110 000 до 130 000 рублей.

Непроведение медицинских осмотров работников в случае, если их проведение было необходимо, также образует состав административного правонарушения, предусмотренного ст. 6.3 КоАП РФ, за которое предусмотрено наказание в виде предупреждения, административного штрафа на должностных лиц - от 500 до 1000 рублей; на юридических лиц - от 10 000 до 20 000 рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Серьезные проблемы у работодателя появятся, если с сотрудником, не прошедшим обязательный медосмотр, случится несчастный случай или тот приобретет профессиональное заболевание.

4. Организация федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора

Статьи 37-45 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» посвящены государственному регулированию в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, куда входит: государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование; разработка, утверждение и введение в действие санитарных правил; особенности лицензирования отдельных видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека; санитарно-эпидемиологические

экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания и токсикологические, гигиенические и иные виды оценок; государственная регистрация веществ и продукции; государственный санитарно-эпидемиологический надзор и социально-гигиенический мониторинг (рис. 4.1.).

Статьи 46-47 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» посвящены организации федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

До 2004 г. существовала государственная санитарно-эпидемиологическая служба, а центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора (бывшие санэпидстанции)

были подчинены Комитету государственного санэпиднадзора Российской Федерации в структуре Министерства здравоохранения и социального развития России.

В 2004 г. организована федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, которая находится в непосредственном ведении Правительства России. Федеральная служба является уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения РФ, защиты прав потребителей на потребительском рынке.

Правовые основы деятельности Федеральной службы установлены федеральными законами «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О защите прав потребителей», другими нормативными правовыми актами РФ.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ	
Статья 37. Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование	1. Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование включает в себя: разработку единых требований к проведению научно-исследовательских работ по обоснованию санитарных правил; контроль за проведением научно-исследовательских работ по государственному санитарно-эпидемиологическому нормированию; разработку проектов санитарных правил, экспертизу, публичное обсуждение, утверждение и опубликование санитарных правил, а также внесение изменений в санитарные правила и признание их утратившими силу; контроль за внедрением санитарных правил, изучение и обобщение практики их применения; регистрацию и систематизацию санитарных правил,
Статья 38. Разработка санитарных правил	1. Разработка санитарных правил осуществляется федеральным органом исполнительной власти... 2. Разработка санитарных правил должна предусматривать: проведение комплексных исследований по выявлению и оценке воздействия факторов среды обитания на здоровье населения;

	<p>определение санитарно-эпидемиологических требований предотвращения вредного воздействия факторов среды обитания на здоровье населения;</p> <p>установление критериев безопасности и (или) безвредности, гигиенических и иных нормативов факторов среды обитания;</p> <p>анализ международного опыта ...</p>
<p>Статья 39. Утверждение и введение в действие санитарных правил</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. На территории РФ действуют федеральные санитарные правила, утвержденные федеральным органом исполнительной власти, ... 2. Санитарные правила подлежат регистрации и официальному опубликованию... 3. Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.
<p>Статья 40. Особенности лицензирования отдельных видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отдельные виды деятельности, представляющие потенциальную опасность для человека, подлежат лицензированию... 2. Обязательным условием для принятия решения о выдаче лицензии является представление соискателем лицензии санитарно-эпидемиологического заключения ... для осуществления следующих видов деятельности: <ul style="list-style-type: none"> - в области обращения с ядерными материалами и радиоактивными веществами; - по сбору, использованию, обезвреживанию, транспортировке, размещению отходов I - IV класса опасности; - образовательная деятельность.
<p>Статья 41. Обязательное подтверждение соответствия отдельных видов продукции</p>	<p>Отдельные виды продукции, представляющие потенциальную опасность для человека, подлежат обязательному подтверждению соответствия санитарно-эпидемиологическим требованиям ...</p>
<p>Статья 42. Санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания и иные виды оценок</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания и иные виды оценок соблюдения санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований могут проводиться должностными лицами, ... а также экспертами и экспертными организациями, ... в целях: <ol style="list-style-type: none"> 1) установления и предотвращения вредного воздействия факторов среды обитания на человека; 2) установления причин и условий возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и оценки последствий ...; 3) установления соответствия (несоответствия) требованиям ... закона документов, зданий, сооружений,

	<p>помещений, оборудования, транспортных средств и других объектов,</p> <p>2. На основании результатов санитарно-эпидемиологических экспертиз, ... главными государственными санитарными врачами и (или) их заместителями даются санитарно-эпидемиологические заключения...</p> <p>3. Порядок проведения санитарно-эпидемиологических экспертиз... устанавливается федеральным органом исполнительной власти....</p> <p>4. Эксперты и экспертные организации ... несут ответственность за их качество и объективность ...</p>
<p>Статья 43. Государственная регистрация веществ и продукции</p>	<p>1. Государственной регистрации подлежат:</p> <ul style="list-style-type: none"> - впервые внедряемые в производство и ранее не использовавшиеся химические, биологические вещества, потенциально опасные для человека; - отдельные виды продукции, представляющие потенциальную опасность для человека; <p>отдельные виды продукции, в том числе пищевые продукты, впервые ввозимые на территорию РФ.</p> <p>2. Государственная регистрация ... проводится на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценки опасности веществ и отдельных видов продукции для человека и среды обитания; - установления гигиенических и иных нормативов содержания веществ, отдельных компонентов продукции в среде обитания; <p>разработки защитных мер...</p> <p>3. Оценка опасности веществ ..., установление гигиенических и иных нормативов..., разработка защитных мер осуществляются организациями, аккредитованными в установленном порядке. ...</p>
<p>Статья 44. Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор</p>	<p>1. Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор включает в себя:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) организацию и проведение проверок выполнения ... требований санитарного законодательства...; 2) организацию и проведение проверок ...; 3) организацию и проведение ... санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу РФ; 4) применение ... мер по пресечению выявленных нарушений ... и привлечение к ответственности лиц, совершивших такие нарушения; 5) выдачу предписаний о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий; 6) систематическое наблюдение за исполнением

	требований санитарного законодательства...; 7) федеральное статистическое наблюдение в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения ...; 8) проведение ежегодных анализа и оценки эффективности федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора; 9) подготовку ..., ежегодных государственных докладов
Статья 45. Социально-гигиенический мониторинг	1. Для оценки, выявления изменений и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания, установления и устранения вредного воздействия на человека факторов среды обитания осуществляется социально-гигиенический мониторинг. 2. Социально-гигиенический мониторинг проводится органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор....

Рис. 4.1. ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», глава 5.

Федеральная служба осуществляет свою деятельность согласно Положению о Федеральной службе по надзору (Роспотребнадзор) в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (в ред. Постановлений Правительства РФ... от 30.01.2013 N 65)

В структуре Роспотребнадзора находится Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения (ФБУЗ) «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» с территориальными учреждениями по субъектам РФ. Также в структуре Роспотребнадзора находятся Научно-исследовательские институты: ФБУН «Федеральный научный центр гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора; ФБУН «Северо-Западный научный центр гигиены и общественного здоровья» Роспотребнадзора и др., а также санитарно-эпидемиологические службы министерств и ведомств.

В настоящее время Роспотребнадзору передана часть функций Министерства здравоохранения, Министерства экономического развития и торговли и Министерства по антимонопольной политике.

5. Обязанности и ответственность должностных лиц, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор

Согласно статье 49 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», должностными лицами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, являются главные государственные санитарные врачи и их заместители, руководители структурных подразделений и их заместители, специалисты органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Право занимать эти должности имеют граждане РФ, получившие высшее медицинское образование и имеющие сертификаты по специальности «медико-профилактическое дело».

Воздействие на должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в какой-либо форме с целью

повлиять на принимаемые ими решения или воспрепятствование в какой-либо форме их деятельности не допускается и влечет за собой установленную законодательством Российской Федерации ответственность.

Должностные лица находятся под особой защитой государства, имеют право на ношение форменной одежды установленного образца.

Права должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, представлены на рис. 5.1.



Рис. 5.1. Права должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор

При выявлении нарушения санитарного законодательства, а также при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, имеют право давать гражданам и юридическим лицам предписания, обязательные для исполнения ими в установленные сроки:

- об устранении выявленных нарушений санитарно-эпидемиологических требований;
- о прекращении реализации не соответствующей санитарно-эпидемиологическим

требованиям продукции, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов;

о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

о проведении лабораторного обследования граждан, контактировавших с больными инфекционными заболеваниями, и медицинского наблюдения за такими гражданами;

о выполнении работ по дезинфекции, дезинсекции и дератизации в очагах инфекционных заболеваний, а также на территориях и в помещениях, где имеются и сохраняются условия для возникновения или распространения инфекционных заболеваний.

6. Полномочия главных государственных санитарных врачей и их заместителей

Статья 51 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», определяет полномочия главных государственных санитарных врачей и их заместителей (рис. 6.1.).

Главные государственные санитарные врачи и их заместители наделяются следующими полномочиями:
1) рассматривать материалы и дела о нарушениях санитарного законодательства;
2) предъявлять иски в суд и арбитражный суд в случае нарушения санитарного законодательства;
3) давать гражданам, индивидуальным предпринимателям и юридическим лицам санитарно-эпидемиологические заключения, предусмотренные статьей 42 настоящего Федерального закона
4) давать гражданам, индивидуальным предпринимателям и юридическим лицам предписания, обязательные для исполнения в установленные предписаниями сроки...;
5) при выявлении нарушения санитарного законодательства, которое создает угрозу возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), принимать в установленном законом порядке меры по приостановлению: <ul style="list-style-type: none"> – проектирования, строительства, реконструкции, технического перевооружения объектов и ввода их в эксплуатацию; – эксплуатации объектов..., выполнения отдельных видов работ и оказания услуг; – разработки, производства, реализации и применения (использования) продукции; – производства, хранения, транспортировки и реализации продовольствия...; – использования водных объектов...; – ввоза ... продукции, не соответствующей санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Рис. 6.1. Полномочия главных государственных санитарных врачей и их заместителей

В подпункте 6 данной статьи изложено право главных государственных санитарных врачей и их заместителей при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, выносить мотивированные постановления о:

«госпитализации для обследования или об изоляции больных инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, и лиц с подозрением на такие заболевания;

проведении обязательного медицинского осмотра, госпитализации или об изоляции граждан, находившихся в контакте с больными инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

временном отстранении от работы лиц, которые являются носителями возбудителей инфекционных заболеваний и могут являться источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями выполняемых ими работ или производства;

проведении профилактических прививок гражданам или отдельным группам граждан по эпидемическим показаниям; введении (отмене) ограничительных мероприятий (карантина) в организациях и на объектах; за нарушение санитарного законодательства выносить мотивированные постановления о: наложении административных взысканий в виде предупреждений или штрафов; направлении в правоохранительные органы материалов о нарушении санитарного законодательства для решения вопросов о возбуждении уголовных дел».

Кроме того, пункт 2 данной статьи наделяет главных государственных санитарных врачей дополнительными полномочиями:

«выдавать санитарно-эпидемиологические заключения;

принимать постановления, издавать распоряжения и указания, утверждать методические, инструктивные и другие документы

вносить в Правительство Российской Федерации предложения о введении (отмене) ограничительных мероприятий (карантина) на территории Российской Федерации Должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, согласно статье 52, обязаны:

своевременно и в полной мере исполнять полномочия на предупреждение, обнаружение и пресечение нарушения санитарного законодательства, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

устанавливать причины и выявлять условия возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений);

рассматривать обращения граждан и юридических лиц по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения и принимать соответствующие меры;

информировать органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления и население о санитарно-эпидемиологической обстановке и о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

осуществлять свою деятельность по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения во взаимодействии с федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и общественными объединениями;

соблюдать государственную, врачебную и иную охраняемую законом тайну в

отношении информации, ставшей им известной при выполнении своих служебных обязанностей;...».

Должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, за ненадлежащее исполнение своих служебных обязанностей, а также за сокрытие фактов и обстоятельств, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, несут ответственность в порядке, установленном законодательством РФ (статья 53).7. **Нарушение санитарно-эпидемиологических правил**

Правонарушения, посягающие на санитарно-эпидемиологическое благополучие населения в Кодексе об административных правонарушениях изложены в главе 6. К ним относятся:

Статья 6.3. Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий

Статья 6.4. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта

Статья 6.5. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к питьевой воде, а также к питьевому и хозяйственно-бытовому водоснабжению

Статья 6.6. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения в специально оборудованных местах (столовых, ресторанах, кафе, барах и других местах), в том числе при приготовлении пищи и напитков, их хранении и реализации населению.

Административное наказание за перечисленные правонарушения заключается в наложении административного штрафа различного размера или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Статья 6.7. 1. Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к условиям отдыха и оздоровления детей, их воспитания и обучения, к техническим, в том числе аудиовизуальным, и иным средствам воспитания и обучения, к учебной мебели, а также к учебникам и иной издательской продукции -

влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от трех тысяч до семи тысяч рублей; на юридических лиц - от тридцати тысяч до семидесяти тысяч рублей.

2. Повторное совершение административного правонарушения, предусмотренного частью 1 настоящей статьи, -

влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от десяти тысяч до пятнадцати тысяч рублей; на юридических лиц - от ста тысяч до ста пятидесяти тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

В уголовном законодательстве «Нарушение санитарно-эпидемиологических правил» как преступление предусмотрено ст. 236 УК РФ.

«1. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, -

наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной

деятельностью на срок до трех лет, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо ограничением свободы на срок до одного года.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, - наказывается обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок от шести месяцев до двух лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок».

Нарушение указанных правил может быть совершено как путем активных действий, например выпуск продовольственных товаров, содержащих возбудителей инфекционных заболеваний, продажа таких товаров, торговля с рук продуктами домашней выработки без соответствующего разрешения, плохое мытье посуды в предприятиях общественного питания, так и путем бездействия. Уголовно наказуемым бездействием будет, например, уклонение от карантинных мероприятий, от уничтожения зараженных продуктов и т.п.

Для привлечения к ответственности по данной статье в каждом случае надо устанавливать, какие именно санитарные правила были нарушены.

Ответственность по ст. 236 может наступить только тогда, когда в результате нарушения санитарных правил возникло массовое заболевание или массовое отравление людей.

К массовым относятся как инфекционные заболевания, т.е. вызываемые определенными микробами или вирусами, так и неинфекционные, вызываемые другими причинами. Массовое отравление может быть пищевым, вызванным недоброкачественными продуктами, а также иного происхождения, например, химическим.

При этом должна устанавливаться причинная связь между нарушением конкретных санитарных правил и массовым заболеванием либо отравлением людей.

При оценке заболевания как массового должен, в частности, учитываться характер инфекции, если заболевание является инфекционным, — ее способность к массовому распространению, опасность не только для заболевшего, но и для других лиц вследствие контакта с последним либо из-за несоблюдения гигиенических или противозидемических правил и т.д.

Субъективная сторона данного преступления характеризуется неосторожной виной по отношению к указанным в ч. 1 и ч. 2 последствиям. При наличии умысла по отношению к последствиям вопрос может стоять об ответственности за соответствующие преступления против жизни и здоровья, а при доказанности цели подрыва экономической безопасности и обороноспособности РФ — даже о диверсии.

Субъектом могут быть как граждане с 16-летнего возраста, нарушившие правила общего характера, так и работники и должностные лица, ответственные за соблюдение соответствующих санитарных правил. Для должностных лиц возможно наступление ответственности по ст. 236 и соответствующей статье, предусматривающей ответственность за преступление по службе.

В статье 237 УК РФ запрещается «Сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей»

«1. Сокрытие или искажение информации о событиях, фактах или явлениях, создающих опасность для жизни или здоровья людей либо для окружающей среды, совершенные лицом, обязанным обеспечивать население и органы, уполномоченные на принятие мер по устранению такой опасности, указанной информацией,

- наказываются штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

2. Те же деяния, если они совершены лицом, занимающим государственную должность Российской Федерации или государственную должность субъекта Российской Федерации, а равно главой органа местного самоуправления либо если в результате таких деяний причинен вред здоровью человека или наступили иные тяжкие последствия, -

наказываются штрафом в размере от ста тысяч до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового, либо лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового.

Объект преступления по данной статье - здоровье населения и право граждан на достоверную информацию, касающуюся жизни и здоровья. Обладание такой информацией позволяет в той или иной степени полностью или частично нейтрализовать угрозу для населения.

Предмет преступления - информация о событиях, фактах или явлениях, создающих опасность для жизни или здоровья людей либо для окружающей среды. Под событием в смысле ст. 237 УК следует понимать разного рода необычные, представляющие особую значимость факты общественной жизни, например начало военных действий в общественно значимых масштабах. Явление - это масштабное, опасное для жизни и здоровья населения изменение в окружающей среде, например землетрясение, наводнение, а также результат тех или иных действий, в результате которых наступили опасные последствия, например повреждение очистных сооружений, железнодорожная катастрофа, в результате которой произошли утечка ядохимикатов, разрушение ядерного реактора. Такая информация не может быть отнесена к категории сведений, составляющих государственную или коммерческую тайну, и должна незамедлительно доводиться через средства массовой информации или иным способом до сведения граждан и органов, уполномоченных на принятие мер по устранению такой опасности.

Объективная сторона преступления включает в себя действия или бездействие, состоящие в сокрытии или искажении информации. Сокрытие информации - это недоставление информации либо несвоевременное доведение до сведения лиц и организаций, имеющих право на ее получение либо нуждающихся в ее получении с целью воздействия на события, факты, явления, создающие опасность для жизни или здоровья людей либо для окружающей среды. Искажение информации - это сообщение неполных или недостоверных данных относительно фактов, событий и явлений, создающих опасность для жизни и здоровья людей или окружающей среды. Преступление считается оконченным в момент сокрытия или искажения информации об угрозе жизни или здоровью людей либо для окружающей среды.

Субъектом преступления (ч. 1 ст. 237 УК) может быть только лицо, достигшее 16-летнего возраста, обязанное по своему служебному положению обеспечивать население и соответствующие органы информацией об обстоятельствах, создающих опасность для жизни и здоровья людей либо для окружающей среды.

Субъективная сторона преступления (ч. 1 ст. 237 УК) характеризуется виной в форме прямого умысла. Виновный осознает, что преднамеренно скрывает или искажает информацию о событиях, фактах или явлениях, создающих опасность для жизни и здоровья людей либо для окружающей среды, и желает этого.

Квалифицирующими признаками преступления (ч. 2 ст. 237 УК) являются: совершение преступления лицом, занимающим государственную должность Российской Федерации или государственную должность субъекта Российской Федерации, а равно главой органа местного самоуправления; причинение вреда здоровью (от легкого до тяжкого); наступление иных тяжких последствий (крупномасштабное загрязнение атмосферы, рек, озер, морей, значительный материальный ущерб и т.п.). Вина по отношению к последствиям, указанным в ч. 2 ст. 237 УК, может выражаться только в форме неосторожности.

Контрольные вопросы:

1. Проанализируйте вопросы санитарно-эпидемиологического благополучия населения, отраженные в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

2. Дайте характеристику статьи 23 «Информация о факторах, влияющих на здоровье» ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

3. Дайте характеристику статьи 30 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

4. Дайте характеристику статьи 49 «Медицинские отходы» ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

5. Назовите общий объект и конкретные объекты охраны закона ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

6. Перечислите субъектов ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

7. Дайте определение понятию «среда обитания человека», «факторы среды обитания».

8. Дайте определение понятию «вредное воздействие на человека».

9. Дайте определение понятию «благоприятные условия жизнедеятельности человека», «безопасные условия для человека».

10. Дайте определение понятию «санитарно-эпидемиологическая обстановка», «гигиенический норматив».

11. Дайте определение понятию «государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы».

12. Дайте определение понятию «социально-гигиенический мониторинг».

13. Дайте определение понятию «государственный санитарно-эпидемиологический надзор».

14. Дайте определение понятию «санитарно-эпидемиологическое заключение».

15. Дайте определение понятию «санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия».

16. Дайте определение понятию «ограничительные мероприятия (карантин)».

«инфекционные заболевания».

17. Дайте определение понятию «инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих», «массовые неинфекционные заболевания (отравления)».

18. Какими средствами обеспечивается санитарно-эпидемиологическое благополучие (ст. 2 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).

19. Охарактеризуйте статью 5 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Полномочия Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

20. Охарактеризуйте статью 6 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Полномочия субъектов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

21. Перечислите права граждан в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (ст. 8 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).

22. Охарактеризуйте статью 9 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Права индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

23. Охарактеризуйте статью 10 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Обязанности граждан в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

24. Охарактеризуйте статью 11 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Обязанности индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

25. Перечислите, на какие объекты распространяются санитарно-эпидемиологические требования обеспечения безопасности среды обитания для здоровья человека (ст.ст. 12-28 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).

26. Охарактеризуйте статью 29 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».

27. Охарактеризуйте статью 30 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Санитарная охрана территории Российской Федерации».

28. Охарактеризуйте статью 31 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Ограничительные мероприятия (карантин)».

29. Охарактеризуйте статью 33 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Меры в отношении больных инфекционными заболеваниями».

30. Охарактеризуйте статью 34 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - Обязательные медицинские осмотры и статью 35 – «Профилактические прививки».

31. Охарактеризуйте статью 36 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Гигиеническое воспитание и обучение».

32. Охарактеризуйте статью 44 ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» - «Государственный санитарно-эпидемиологический надзор».

33. Назовите права и обязанности должностных лиц, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

34. Охарактеризуйте административную ответственность за правонарушения, посягающие на санитарно-эпидемиологическое благополучие населения.

35. Приведите положения статей 236 и 237 Уголовного кодекса РФ, относящиеся к преступлениям, связанным с санитарно-эпидемиологическим благополучием населения.

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ**

Часть 1

Отпечатано в типографии

Подписано в печать

Печать

Тираж 100 экз. гарнитура шрифта Arial Narrow/ У. п. л. 24