

Е.В. Козьминых

**«НОВЫЕ ОСНОВЫ»
ДЛЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА
С ПОЗИЦИИ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ .**

**ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ,
СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА**

Комментарий к Федеральному закону
«Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и
к Постановлению Правительства РФ
от 04.10.2012 г. № 1006

Издание 5-е – Февраль 2013 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Феде- ральном законе	6
Статья 13. Соблюдение врачебной тайны	11
Статья 19. Право на медицинскую помощь.....	14
Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицин- ское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства	16
Статья 21. Выбор врача и медицинской организации.....	27
Статья 22. Информация о состоянии здоровья	28
Статья 27. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья.....	31
Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи	32
Статья 47. Донорство органов и тканей человека и их транспланта- ция (пересадка)	36
Статья 48. Врачебная комиссия и консилиум врачей.....	37
Статья 51. Права семьи в сфере охраны здоровья.....	37
Статьи 57. Медицинская стерилизация	38
Статья 58. Медицинская экспертиза	38
Статья 59. Экспертиза временной нетрудоспособности	39
Статья 69. Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности	39
Статья 70. Лечащий врач	39
Статья 71. Клятва врача	41

Статья 72. Права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их стимулирования	42
Статья 74. Ограничения, налагаемые на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности	42
Статья 79. Обязанности медицинских организаций.....	43
Статья 80. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.....	48
Статья 81. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	50
Статья 82. Источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья.....	50
Статья 83. Финансовое обеспечение оказания гражданам медицинской помощи и санаторно-курортного лечения	50
Статья 84. Оплата медицинских услуг.....	51
Статья 88. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности	54
Статья 98. Ответственность в сфере охраны здоровья	54
Комментарий к Постановлению Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006	57
Приложения	76

Введение

С 01 января 2012 года страна начала жить по новому Федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пришедшему на смену существовавшим 18 лет, подписанным еще первым президентом РФ Б.Н. Ельциным «Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г.

Совершенно очевидно, что вступление в силу нового Закона вызвало большой интерес у медицинского сообщества, как в плане его сравнения с предыдущей версией, так и в целях ознакомления с новыми правами и обязанностями, установленными этим самым главным медицинским законом.

Именно в таком контексте, на основе сложившейся в РФ судебной практики по врачебным делам, мы предлагаем научный анализ и комментарий наиболее значимых положений новых Основ, которые имеют существенное значение, как в ежедневной работе врача, так и при разрешении судебных споров.

Настоящий комментарий можно читать просто, как «юридический роман» - от начала до конца, а можно использовать его в качестве поста-тейного справочника для ответов на вопросы о правовых взаимоотношениях врача и пациента, например, по «врачебной тайне», по «согласию на медицинское вмешательство и отказу», по обязанностям лечащего врача и ЛПУ в целом и т.д.

Непосредственное практическое значение имеют прилагаемые образцы договоров, согласий и других документов, разработанных нами на основе новейших требований законодательства и, что особенно важно, прошедших через «горнило судебных разбирательств».

Особый интерес данного комментария имеет, с нашей точки зрения, то обстоятельство, что автор – Е.В. Козьминых имеет самую большую в России практику ведения так называемых «врачебных дел», а именно – 230 завершенных судебных процессов (см. сайт ПМПЦ: <http://пмпц.рф>), являясь при этом врачом клинической специальности – кардиологом (по первому образованию), к.м.н., проработавшим в практическом здравоохранении более 10 лет. Кроме этого, мы старались изложить материал доступным для врачей языком без излишних «юридических выкрутасов» и формализованных словосочетаний, сохранив вместе с тем официальный стиль и научную обоснованность предлагаемых нами рекомендаций.

В подготовке настоящих комментариев использован практический опыт сотрудников Пермского медицинского правозащитного центра (в том числе директора Екатеринбургского представительства ПМПЦ В.Г. Кара-

таева), регулярно ведущих судебные дела по различным направлениям медицинского права.

Давая комментарий наиболее важных положений Закона, мы не останавливались на тех статьях, которые напрямую не влияют на взаимоотношения врача и пациента и содержание которых, на наш взгляд, и так достаточно ясно и непротиворечиво, а разбирали лишь те статьи, которые требуют профессионального разъяснения с позиций медицинского права, либо содержат двусмысленные положения и не соответствуют сложившейся правоприменительной практике.

В первых же строках хочется выразить заслуженные дифирамбы создателям и редакторам законопроекта. Закон очень хорош, как с юридической, так и с медицинской точки зрения. Он достаточно полон, конкретен, дает правильные легитимные дефиниции практически всех медико-правовых понятий и впервые законодательно регламентирует наиболее важные «процедурные действия», в том числе по «согласию» и «отказу» от медицинского вмешательства, обеспечению иных прав пациента. В нем, например, впервые четко зафиксировано право пациентов на «качественную медицинскую помощь» (ст. 4, 10, 18), которое, как ни странно, отсутствовало в тексте старых Основ все 18 лет их существования. Можно сказать, что новые Основы содержат ответы практически на все вопросы правоприменения в медицине, что придает этому закону статус «настоящей книги» не только для руководителя здравоохранения, но и для практикующего врача.

Вместе с тем, ряд положений новых Основ вызывает вопросы и неоднозначное понимание, что требует подробного комментария по их практическому применению, опять же с учетом реальной практики федеральных судов РФ.

Итак, начнем со статьи № 2.

Статья 2. «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе»

Важность данной статьи заключается в том, что здесь впервые в российском законодательстве даются нормативные, т.е. обязательные к применению и, как говорится, «совершенно однозначные» определения многих медицинских понятий, расшифровкой которых до настоящего времени занимались лишь отдельные специалисты в порядке научного творчества. В статье сформулированы такие важные понятия, как «здоровье», «медицинская помощь», «медицинская услуга», «основное и сопутствующее заболевание», «лечение» и другие основополагающие дефиниции медицинского права.

Например, «медицинская деятельность» определена в законе как «*профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи*» (а вовсе не как «искусство»), медицинские учреждения, ЛПУ и частные клиники обозначены единым и более правильным термином – «медицинские организации». Медицинский работник, согласно официальной трактовке может быть лицом, как с медицинским, так и с иным образованием (например, с техническим – видимо, по обслуживанию медицинской техники).

Важным является наличие в п. 5 определение медицинского вмешательства, поскольку от его правильной трактовки зависят многие юридически значимые действия врача, сопровождающие данное действие. Согласно закону *«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»*.

На наш взгляд, приведенное определение является правильным по сути, но излишне усложненным по форме. В более простом варианте его можно выразить следующим образом: медицинское вмешательство – это медицинские манипуляции, затрагивающие физическое или психическое состояние человека.

Примечательно, что эта дефиниция дается в новых Основах впервые, в предыдущем законе ее не было, несмотря на то, что словосочетание «медицинское вмешательство» упомянуто в старых Основах 18 раз.

И все же, что следует считать «медицинским вмешательством», осуществление которого обязывает медицинского работника выполнить набор документально фиксируемых мероприятий (оформить согласие и т.п.)? Какие такие манипуляции «затрагивают физическое или психическое состояние человека», а какие не затрагивают? На эти вопросы четкого ответа ни в Законе, ни в иных нормативных документах не содержится.

Попытаемся разобраться самостоятельно.

Совершенно очевидно, что «вмешательством» всегда будут все инвазивные манипуляции. Однако как в этом смысле определить, скажем, осмотр врача – стоматолога, гинеколога или ЛОР с использованием стандартного набора инструментов или рутинное взятие общего анализа крови, флюорографию, кардио-функциональные пробы, консультацию врача-психиатра и т.п. Так что же все это – «вмешательство» или «невмешательство», нужно ли во всех этих случаях брать письменное (как теперь требует Закон) согласие?

Попытка официального разъяснения данного термина предпринята в Приказе Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 N 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».

В данном Приказе перечислено 14 больших позиций (с расширениями), включая опрос, осмотр, антропометрические исследования, термометрию, тонометрию и т.д. Следует ли из этого, что все содержащиеся в данном Приказе МЗСР РФ манипуляции считаются «вмешательством» и всегда ли следует на все эти действия брать у пациентов письменные информированное добровольное согласие (ИДС)? Опять же, никакой ясности на этот счет нет.

С нашей точки зрения, следует понимать, что на все эти многочисленные действия, как то «осмотр», «сбор анамнеза» и т.п., согласно наименованию данного Приказа пациенты дают ИДС «при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи». Проще сказать, при первой явке пациента в поликлинику необходимо, по крайней мере, один раз оформить ИДС на все эти 14 позиций (с учетом половой принадлежности пациента, т.е. без осмотра гинеколога - для мужчин). В последующем на весь этот перечень оформлять ИДС не требуется, а необходимо подписывать согласие лишь на «новые» медицинские вмешательства, которые носят признаки «затрагивающего физическое или психическое состояние человека». Понятно, что и здесь можно не угадать с перечнем таких «вмешательств», поэтому перед выполнением реального медицинского вмешательства мы рекомендуем указывать абсолютно весь этот список (хотя бы мелким шрифтом).

Чем опасно для ЛПУ неправильное оформление или отсутствие ИДС пациента? По судебной практике, отсутствие ИДС на медицинское вмешательство квалифицируется как нарушение прав пациента и может повлечь, меры прокурорского реагирования, а также вынесение судебных постановлений о взыскании с лечебного учреждения компенсации морального вреда.

Согласно нашему опыту, само по себе отсутствие «согласия», без каких либо сопутствующих дефектов медицинской помощи никогда не являлось поводом для жалобы и судебного разбирательства. Во всех случаях, когда в суде поднимался вопрос о правильности заполнения информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, пово-

дом для возбуждения дела являлись какие-либо иные, существенные дефекты оказания медицинской помощи.

При этом даже в случае оправдательной для лечебного учреждения судебно-медицинской экспертизы любые нарушения при оформлении согласия на медицинское вмешательство приводили к принятию судами решения в пользу пациента, причем даже не только, когда в истории болезни полностью отсутствовало ИДС, но даже и в тех случаях, когда в нем были перечислены не все потенциальные осложнения и побочные эффекты медицинского вмешательства. Вполне закономерно, что суммы компенсации морального вреда в отсутствие лечебных дефектов были довольно небольшими, фактически символическими – по нашей практике: от 1 000 руб. до 12 000 руб. Однако даже такой размер компенсации морального вреда формально означает удовлетворение иска и автоматически влечет взыскание всех судебных расходов, которые могут во много раз превышать сумму назначенной судом компенсации.

Так, решением Ленинского районного суда г. Перми от 17.03.2009 г. по иску гражданки В. к Пермской краевой клинической больнице в пользу истицы было взыскано 1 000 руб. компенсации морального вреда только за то, что в ИДС на косметологическое медицинское вмешательство (введение препарата «Диспорт») отсутствовало указание на такой его известный побочный эффект, как временное обездвиживание мышц бровей. Никаких дефектов медицинской услуги, на которые первоначально указывала истица в своем исковом заявлении, судебно-медицинская экспертиза не установила. Тем не менее, факт взыскания с Краевой больницы 1 000 руб. морального вреда повлек автоматическое взыскание и всех произведенных истцей судебных расходов в общей сумме 62 000 руб.

Вот так, отсутствие одной фразы в листе согласия пациента обернулось довольно ощутимыми расходами по фактически необоснованному судебному иску.

Таким образом, в соответствии с буквальным требованием Закона «согласие больного» в письменной форме необходимо брать абсолютно на все медицинские манипуляции, которые хотя бы теоретически могут вызвать даже самые незначительные побочные реакции у пациента. При этом в тексте согласия необходимо приводить исчерпывающий (полный) перечень потенциальных осложнений.

С другой стороны, если в каждом случае педантично выполнять данное требования Закона, то на все эти оформительские мероприятия медицинская организация будет нести значительные бумажные и временные затраты, а кроме того, если пациент увидит полный перечень возможных осложнений и последствий медицинского вмешательства, то он вряд ли

согласится на такое лечение. Поэтому в данном случае приходится соблюдать оптимальное соотношение экономической целесообразности и разумного юридического риска (подробные рекомендации по практическому разрешению данной ситуации см. в комментарии к ст. 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства»).

Следующий пункт, который привлек наше внимание в ст. № 2 – это пункт № **15** – *«лечащий врач – врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения».*

В старых Основах имелось такое же расплывчатое определение «лечащего врача», как видим, какой-то особой ясности новым Законом в данное понятие не внесено. Кого же все-таки считать лечащим врачом, например, в отношении больного, находящегося в отделении реанимации и интенсивной терапии, или поступившего в выходной день и поэтому наблюдавшегося только дежурным врачом? Остаются неустраненными противоречия по вопросу присвоения статуса лечащего врача таким специалистам, как анестезиолог-реаниматолог, оперирующий хирург, врач-консультант, врач, проходящий учебу и одновременно ведущий больных, дежурный врач и др. Между тем внятное установление «личности лечащего врача» в конкретном клиническом случае влечет наступление и определенных юридических последствий в плане ответственности за несоблюдение должностных обязанностей или причинение вреда жизни или здоровью пациента.

С нашей точки зрения, «лечащим врачом», в юридическом смысле данного термина, должен признаваться любой медицинский работник (в т.ч. фельдшер и акушерка), который оказывает медицинскую помощь по наиболее значимой в данный момент времени патологии (состоянию), в том числе анестезиолог-реаниматолог и дежурный врач другой специальности со всем комплексом прав и обязанностей, возложенных законодательством на «лечащего врача» (см. также комментарий к ст. 48. Врачебная комиссия и консилиум врачей).

Определение **«качества медицинской помощи»**, представленное в новом законе (п. 21 ст. 2), близко к нашей точке зрения и не требует комментария – это: *«совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».*

Статья 13. Соблюдение врачебной тайны

Статья 13 «соблюдение врачебной тайны» привносит в данный институт сразу несколько новых положений.

По сравнению со старым законом, в новых Основах запрет на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, действует не только в отношении живого лица, но также защищает данное право и после смерти пациента.

Для правильного понимания врачебной тайны, как одной из фундаментальных обязанностей медицинского персонала необходимо иметь в виду, что ее соблюдение является обязательным только в том случае, если сам пациент не дал согласие на передачу этих сведений неограниченному кругу лиц. Если такое согласие в письменном виде получено от больного, то норму Закона под названием «врачебная тайна» в отношении данного пациента можно забыть. Во всех остальных случаях право пациента на сохранение в тайне его медицинской информации должно неукоснительно соблюдаться.

Вместе с тем, как и раньше, Законом предусмотрены исключения из «врачебной тайны», которые в новых Основах дополнились четырьмя (а фактически, шестью) самостоятельными основаниями в дополнение к известным случаям, существовавшим ранее. Перечислим все эти основания:

1) в целях проведения обследования и лечения гражданина, который 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 в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 настоящего Федерального закона, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя

Сразу поясним, что это за возраст:

- 15 лет – в общесоматической медицине;
- 16 лет – в наркологии;
- 18 лет – в отношении ВИЧ-инфицированных граждан, а также в трансплантологии;

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.

Сразу поясним, что до 2010 года законодательством была предусмотрена обязанность медицинских работников сообщать в органы внутренних дел об обращении такого пострадавшего – Приказ Минздрава РФ N 4, МВД РФ N 8 от 09.01.1998 г. «Об утверждении Инструкции о порядке взаимодействия лечебно-профилактических учреждений и органов внутренних дел Российской Федерации при поступлении (обращении) в лечебно-профилактические учреждения граждан с телесными повреждениями насильственного характера». Однако в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ N 352, МВД РФ N 361 от 12.05.2010 г. названный выше приказ утратил силу, а нового акта федерального уровня, как этого требует п. 9 ст. 79 «Обязанности медицинских организаций», обязывающего медицинских работников во всех подобных случаях информировать органы внутренних дел долгое время не существовало.

И только недавно вступил в силу новый Приказ **МЗСРРФ** № 565н от 17.05.2012 «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий».

Однако в нем не даны четкие критерии оценки состояния пострадавшего, а понятия «противоправности» или «правомерности» действий, приведших к вреду здоровью носят расплывчатый, оценочный характер, да и в обязанности дежурного медперсонала делать на этот счет категоричные выводы не входит. Вместе с этим, мы убеждены, что врач должен всемерно содействовать деятельности правоохранительных органов и не чинить формальные препятствия, ссылаясь на несовершенство закона.

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.

Дополнительными основаниями для передачи сведений врачебной тайны в новых Основах указаны следующие ситуации:

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

Это действительно новая ситуация при которой раньше лечебные учреждения отказывали в предоставлении информации о пациенте по запросам с места его работы;

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.

Данная ситуация фактически имела место и раньше – лечебные учреждения всегда обменивались медицинской информацией со своими коллегами, что, в принципе, не является разглашением таких сведений, поскольку это делалось в интересах лечения конкретного больного, и другие врачи, получив такую информацию, автоматически становились носителями обязанности по сохранению врачебной тайны. С 01.01.2012 г. данная возможность, как видим, прямо предусмотрена законом;

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.

Данная ситуация также не нова. Речь идет, в первую очередь о страховых медицинских организациях, фондах ОМС и органах управления здравоохранением, которые, фактически, и раньше свободно пользовались полной информацией о больном на основании подзаконных актов, регламентирующих правила медицинского страхования и порядок контроля качества медицинской помощи. С 01.01.2012 г. данная возможность также прямо предусмотрена в законе.

Еще 2 дополнительных исключения из врачебной тайны, которые хотя прямо и не указаны в данной статье, содержатся в других разделах новых Основ.

В п. 3 статьи 22 «Информация о состоянии здоровья», содержится следующая норма: *«В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или (в старых Основах здесь стоял союз «и») его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усынови-*

телям, 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».

Как видим, данная норма позволяет врачу передавать сведения, составляющие врачебную тайну родственникам больного, не спрашивая его согласия, если от него не поступил специальный запрет, т.е. «по умолчанию», что составляет 11 – е исключение из врачебной тайны.

Как уже упоминалось, по новым Основам требование соблюдения врачебной тайны действует и после смерти человека, что с точки зрения юриста выглядит несколько странным, в том числе и потому, что умерший больной не сможет дать разрешения на передачу этих сведений никому, в том числе и своим родственникам, кроме этого, в случае ее незаконного разглашения, никто не сможет подать в суд, поскольку право на врачебную тайну является личным неимущественным правом, не передаваемым по наследству (ст. 150 ГК РФ).

Закон вносит ясность в ситуацию относительно родственников умершего больного, прямо указывая в п. 5 ст. 67 новых Основ обязанность медицинской организации выдать «Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания» супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушке, бабушке), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего и т.д., что составляет 12-е исключение из врачебной тайны.

Статья 19. Право на медицинскую помощь

Статья 19 «Право на медицинскую помощь» содержит перечень основных прав пациента и в этом смысле перекликается со ст. 30 старых Основ.

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

Здесь, на первый взгляд все понятно, но задерживает на себе внимание термин «Каждый». Что он означает в контексте данной статьи не вполне ясно: если считать, что «каждый» – это любой человек, находящийся на территории РФ, иными словами «все люди без исключения», то среди них могут оказаться граждане, не имеющие полиса ОМС, лица без

«прописки», наконец, без оформленного гражданства. Согласно норме данной статьи, все такие люди имеют равное право на бесплатную медицинскую помощь в соответствии с программой государственных гарантий, т.е. в том же самом объеме, что и обладатели полиса ОМС. Возникает вопрос: а зачем тогда вообще получать полис ОМС, платить за это налоги и вообще вести законную трудовую деятельность, если и так всем и каждому медицинская помощь гарантируется новыми Основами в рамках Программы абсолютно бесплатно?!

Очевидно, более правильным было бы указание, что бесплатная медицинская помощь в рамках Программы оказывается только при наличии полиса. При существующей формулировке любой БОМЖ, который получил отказ в плановой медицинской помощи из-за отсутствия полиса, может, де-юре, «дойти» до Европейского Суда по правам человека и успешно выиграть дело. Де-факто лечение подобных больных, не имеющих полис ОМС, давно стало головной болью главных врачей, поскольку все расходы медицинского учреждения на такого пациента приходится изыскивать из внутренних резервов больницы, фактически занимаясь благотворительной деятельностью в отношении подобных лиц за собственный счет. При этом обсуждаемая формулировка данной статьи в отсутствие источника покрытия расходов на лечение таких больных еще больше, уже на официальной основе ставит медицинские учреждения в безвыходное положение, фактически запрещая отказывать в оказании всей, в том числе плановой медицинской помощи гражданам, не имеющим полиса ОМС.

П. 5 ст. 19 в основном повторяет права пациента, предусмотренные старыми Основами.

Наше внимание привлек **п/п 6:** право на «получение **лечебного питания** в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях». Если прямо следовать формулировке данной статьи, то на получение всего остального, т.е. не лечебного, а обычного питания пациент не имеет права даже за деньги, и уж тем более, на его бесплатное получение.

Остается выяснить, что же такое «лечебное питание». На этот вопрос пытается ответить **статья 39 «Лечебное питание»**, но особой ясности все равно не получается. С формальной точки зрения, в п. 4 ст. 39 указано: *«Нормы лечебного питания утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти»*, а значит, пока таких норм для медицинских организаций не принято, каких-либо препятствий для отказа в бесплатном питании и перевода больничной еды на платную основу в действующем законодательстве нет.

Об этом также косвенно свидетельствует и норма п. 3 ст. 80 новых Основ: «При оказании медицинской помощи ... не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

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

Иными словами, если питание не является «лечебным», а просто питанием, равно как и не специализированные продукты лечебного питания, а обычные продукты то это все нужно оплачивать самим пациентам.

В идеале было бы разумным создать условия для оплаты пациентом за свои деньги дополнительного питания в больничном буфете. Вместе с тем наличие в стационаре одной лишь бесплатной еды, по-видимому, следует воспринимать как мощный неформальный стимул для скорейшего выздоровления пациента и освобождения из больничной обстановки.

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

Статья 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» развивает и конкретизирует данный институт, заложенный еще старыми Основами. Правда, здесь, похоже, допущена опечатка или лингвистическая несуразица: получается «согласие на отказ от медицинского вмешательства».

Принципиальным отличием новых Основ является обязательное требование письменной формы не только при оформлении «отказ» (как было раньше), **но и «согласия» (ч. 7 ст. 20).**

Вместе с тем, в ч. 8 ст. 20 новых Основ указано, что форма согласия и форма отказа утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, в связи с чем возникает очередная двойственность в трактовке правовых ситуаций, заложенных в принятом законодательном акте. С одной стороны, закон отсылает на утверждаемую Минздравом форму согласия и отказа, однако до настоящего времени официально утвержденной формы нет (имеется лишь официальная «форма согласия» для медицинских учреждений системы ФМБА России и рекомендательные формы для проведения прививок, аборт и профилактики ВИЧ-инфекции

(Приказ МЗСР РФ от 26.01.2009 N 19н, Приказ МЗСР РФ от 17.05.2007 N 335, Приказ МЗ РФ от 19.12.2003 N 606.).

Поэтому в отсутствии официально утвержденного «согласия» и «отказа» данное требование закона, формально говоря, можно и не соблюдать, поскольку все самодельные бланки согласия и отказа являются формами, не предусмотренными Законом.

С другой стороны, лечебные учреждения, оказывая медицинскую помощь без письменного согласия, начиная с 01.01.2012 г. в любом случае будут признаны виноватыми в нарушении прав пациента на информированное согласие. Каким именно образом поступать врачам до момента официального утверждения этих форм, ни новые, ни старые Основы не указывают.

На наш взгляд, несмотря на отсутствие утвержденных Минздравом форм (что будет продолжаться неопределенно долгое время), следует применять самостоятельно разработанные бланки, максимально приближенные к требованиям Закона, а именно, с обязательным указанием в них на то, что пациент проинформирован, как минимум, о 6-ти обстоятельствах, прямо предусмотренных **ч. 1 ст. 20 новых Основ**, а именно: 1) целях, 2) методах, 3) риске, 4) вариантах, 5) последствиях, 6) результатах оказания медицинской помощи.

Что касается перечня конкретных «видов медицинского вмешательства», на которые следует брать согласие и какой перечень осложнений и побочных реакций в нем отражать, то каких-либо нормативных разъяснений на этот счет до настоящего времени не имеется. Между тем, актуальность данного вопроса вызвана тем, что практически любая медицинская манипуляция в состоянии повлечь неблагоприятные последствия – даже наружное применение раствора йода может существенным образом «загрязнить физическое состояние человека» (например, при аллергии на йод), не говоря уже о повсеместно применяемых инъекциях лекарственных препаратов, обладающих массой побочных эффектов, которые проводятся в лечебных учреждениях безо всякого информированного согласия пациентов.

В данной ситуации также приходится ориентироваться на сложившуюся судебную практику. Среди проведенных нами судебных дел есть несколько решений, когда компенсация морального вреда в пользу пациентов была взыскана исключительно за невыполнение данного конкретного требования Закона (см. наш комментарий к п. 5 ст. 2).

Таким образом, Закон однозначно требует письменного уведомления пациента обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях абсолютно любого медицинского вмешательства. Формально говоря, перед

тем, как помазать кожу йодом требуется письменное оформление полного согласия пациента.

Однако мы считаем, что не стоит уж так утрировать, поскольку врач в этом случае будет в течение рабочего дня заниматься разъяснением пациенту побочных реакций, который после этих «страшилок» вряд ли согласится продолжить лечение, а медицинское учреждение будет «работать исключительно на лесотехническую промышленность», изводя тонны бумаги на согласия и договоры.

С нашей точки зрения надо придерживаться позиции «разумного юридического риска» и оформлять согласие только на те медицинские услуги, которые реально способны вызвать неблагоприятные последствия у пациента. При этом прописывать в «согласии» следует только те осложнения, которые на самом деле встречаются при данной медицинской манипуляции. Как вариант, о побочных эффектах лекарственного средства можно указать такой строкой: «До меня (пациента) была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения лекарственных препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена в данной медицинской организации».

Подтверждением легитимности предлагаемой нами формулировки может служить текст официально утвержденного образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ (Приказ Минздрава РФ от 19.12.2003 N 606 "Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ"), в котором риск и последствия применения медицинских препаратов сформулированы довольно лаконичной фразой:

« - как и любое лекарственное средство, назначенные мне и моему будущему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована».

Как видим, даже в официально утвержденной форме ИДС побочные явления применяемых медицинских препаратов описаны очень кратко, что косвенно позволяет и в других вариантах ИДС не тиражировать объемные трактаты на тему о риске, осложнениях и побочных реакциях медицинского вмешательства. Вместе с тем, полностью гарантировать, что пациент не обратится в суд и не взыщет моральный вред за несоблюдение его права на информированное согласие на медицинское вмешательство невозможно. Однако применение наших рекомендаций позволит обеспечить неформальный подход к каждому больному, избежать

ненужной траты бумажных и трудовых ресурсов и вместе с тем не отпугнуть пациента (тем более, платежеспособного), которому данная медицинская помощь действительно необходима.

Часть 2 ст. 20 указывает, кто и за кого дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Очевидно, что совершеннолетний дееспособный гражданин решает вопрос согласия или отказа от медицинского вмешательства самостоятельно.

Что касается несовершеннолетних или недееспособных пациентов, то за них эти вопросы решают законные представители, т.е. родители, усыновители, опекуны, попечители (ст. 20, 26, 32, 33 ГК РФ). Согласно ст. 32 ГК РФ опека устанавливается над малолетними (до 14 лет) и над гражданами, признанными судом недееспособными. Попечительство – над несовершеннолетними в возрасте от 14 до 18 лет, а также над гражданами, ограниченными судом в дееспособности (ст. 33 ГК РФ).

Согласно новым Основам: *«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.

Не понятно, зачем в одном пункте делать такое нагромождение ссылок, когда в одной статье можно было прямо указать возраст, с которого сам несовершеннолетний пациент дает «согласие» или «отказ».

На понятном языке это выглядит так:

- с 15-летнего возраста все вопросы согласия, отказа и врачебной тайны самостоятельно решают пациенты «общесоматического профиля»;
- с 16-летнего возраста все вопросы самостоятельно решают больные наркоманией;
- с 18-летнего возраста все эти вопросы решают пациенты в сфере трансплантологии и ВИЧ-инфекции.

Правда, в отношении больных наркоманией отсутствует ясность и юридическая логика. Смотрите сами: в п/п 2 п. 2 ст. 20 новых Основ «информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении: несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения».

Термин «несовершеннолетний» означает от 0 до 18 лет.

Однако в **ч. 2 ст. 54** новых Основ указано, что «Несовершеннолетние, больные наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с настоящим Федеральным законом, за исключением случаев оказания им медицинской помощи в соответствии с ч. 2 ст. 20 настоящего Федерального закона».

Получается, что до 18 (!) летнего возраста согласие дает не сам больной наркоманией, а его родители при оказании ему «наркологической помощи», а согласие на «медицинское вмешательство» больные наркоманией дают самостоятельно, начиная с 16 (!) лет. В чем именно, по мнению авторов Закона, заключается разница между «наркологической помощью» и «медицинским вмешательством больным наркоманией» в тексте Основ не указано.

Юридическая «рекомендация» в данном случае заключается в том, что в реальной жизни этот законотворческий нонсенс какой-либо существенной роли не играет, как и вообще весь институт соблюдения права несовершеннолетних (начиная с 15-ти лет) на самостоятельное согласие на медицинское вмешательство и врачебную тайну. Несмотря на то, что Закон формально и требует соблюдения врачебной тайны подростков с 15-летнего возраста, в том числе в отношении их собственных родителей, а также обязательного взятия от таких пациентов письменного согласия, причем также минуя «родительское позволение», каких-либо правовых проблем или хотя бы полуконфликтных ситуаций систематическое игнорирование медицинскими работниками таких прав несовершеннолетних, по нашей практике, не влечет. За 16 лет работы из проведенных нами более 5 тысяч юридических консультаций по медико-правовым вопросам не зафиксировано ни одного (!) обращения, связанного с обсуждаемой проблемой. Ведь совершенно естественно, что родители находятся в курсе состояния здоровья своих детей, причем не только до 18-ти летнего возраста, но и в гораздо более «старших возрастных группах».

Теоретически правовые конфликты, связанные с разглашением врачебной тайны несовершеннолетних пациентов их родителям могут возникать, разве что в таких деликатных сферах, как акушерство-гинекология, венерология, наркология, ВИЧ и другие инфекционные заболевания. Здесь действительно, надо особо тактично относиться к мнению несовершеннолетних пациентов (а особенно, пациенток), неукоснительно соблюдая предусмотренные законом нормы и исключая разглашения, без согласия пациента, сведений, составляющих врачебную тайну, в первую очередь их собственным родителям.

Еще один универсальный путь профилактики любых проблем, связанных с разглашением врачебной тайны родственникам – это взять от пациента старше 15-ти лет краткое письменное согласие на передачу сведений, составляющих врачебную тайну определенным лицам с указанием их ФИО, либо неопределенному кругу лиц.

Отказ от медицинского вмешательства

В соответствии с **ч. 3 ст. 20** Новых Основ: *«Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части 2 настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 настоящей статьи. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет указанное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства».*

Первое предложение цитируемой части, на наш взгляд, вполне понятно и просто в применении, в нем даны ссылки на другие статьи Основ, которые можно открыть и прочитать. Возраст для «отказа» соответствует возрасту «дачи согласия» и уже подробно прокомментирован нами.

Очередная двусмыслица заложена во втором предложении цитируемой части (см. текст). Получается, что, если недееспособный гражданин по своему состоянию способен отказаться от медицинского вмешательства, то законный представитель этого лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным (синоним – «опекун») вообще исключается «из гражданского оборота» при решении вопроса об отказе опекаемого от медицинского вмешательства!

В соответствии со ст. 32 ГК РФ опека устанавливается над гражданами, признанными судом недееспособными вследствие психического заболевания. Представьте, что такой гражданин четко, ясно и громко, на официальном государственном языке, принятом в РФ, откажется от медицинского вмешательства, а оно ему требуется, например, по жизненным пока-

заниям, то независимо от понимания такой необходимости лечащими врачами и здравомыслящим, в отличие от опекаемого, опекуном данного гражданина, а также всеми другими родственниками этого больного, оказание медицинской помощи запрещается в силу прямого указания Закона об исключительно добровольном характере медицинского вмешательства.

В этой ситуации врачи опять станут виноватыми, независимо от того, какое решение они в итоге примут: если начнут лечить и спасут такого больного, то будут прямыми нарушителями данной нормы Закона. Если педантично выполняют данное требование Закона и не прооперируют больного, в результате чего наступит летальный исход, то будут признаны виновными по ст. 124 УК РФ («неоказание помощи больному») с выплатой компенсации морального вреда родственникам больного по мотиву «недооценки психического состояния гражданина, неспособного в силу своего болезненного психического и соматического состояния адекватно оценивать свое состояние и выражать свою волю».

Близкая по правовым последствиям, но более часто встречаемая по практике ситуация заключается в том, что взрослый дееспособный больной, например, находясь в состоянии алкогольного опьянения наотрез отказывается от медицинской помощи, соглашаясь «подписать любые бумаги», хотя его заболевание или, травма представляют реальную угрозу для здоровья и жизни. Типичный пример, когда жена вызывает скорую помощь к своему мужу, имеющему симптомокомплекс острого коронарного синдрома или желудочного кровотечения, а пациент категорически отказывается от осмотра и вообще от какой-либо медицинской помощи.

Юридическая рекомендация заключается в том, что врачам следует использовать все доступные способы, включая «подручные средства» для достижения «консенсуса» с таким больным, помня, что оказание медицинской помощи без согласия гражданина, хотя и является нарушением закона, но за это не предусмотрено уголовной ответственности, да и гражданских судов по такому поводу, по нашей практике, не наблюдалось. А вот уголовных дел по ч.2 ст. 109 УК РФ, а также гражданских процессов по причине несвоевременной и некачественной медицинской помощи с каждым годом возбуждается все больше.

И все же, если нет очевидных витальных угроз, то право гражданина на отказ от медицинского вмешательства должно неукоснительно соблюдаться. При этом необходимо выполнять требование **ч. 4 ст.20 новых Основ**, предписывающее в доступной для гражданина форме разъяснять в письменной форме возможные последствия такого отказа.

Очередную несуразицу и, по-видимому, отсутствие судебного опыта у авторов Основ демонстрирует **ч. 5 ст. 20**. Более того, с нашей точки зрения, она напрямую нарушает права несовершеннолетних при получении медицинской помощи, что должно стать предметом внимания, по меньшей мере, Уполномоченного по правам ребенка в РФ, а как максимум – Конституционного Суда РФ.

Смотрите сами: *«При отказе одного из родителей или иного законного представителя лица, указанного в части 2 настоящей статьи, либо законного представителя лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица»*.

Судя по регулярно поступающим от детских поликлиник просьбам о юридической помощи в подобных ситуациях, факты отказов родителей от оказания медицинской помощи детям, в том числе от госпитализации ребенка, вызывают серьезную озабоченность педиатрической службы, и встречается гораздо чаще, чем, например, пресловутое «разглашение врачебной тайны», являющееся в большой степени надуманной проблемой. Поэтому на разрешение именно таких конфликтов, в первую очередь, и должна быть направлена данная часть ст. 20 новых Основ.

Типичным примером является отказ родителей малолетних детей от оказания им медицинской помощи, несмотря на явную угрозу для жизни ребенка которые не разрешают врачам проводить необходимое в данном случае лечение. Как правило, речь идет об асоциальных и неблагополучных семьях, где родители, а чаще одинокая мать злоупотребляют спиртным, не заботясь надлежащим образом о состоянии здоровья своих детей.

Что в такой ситуации делать врачу? Логичным и юридически оправданным с точки зрения защиты интересов несовершеннолетнего представляется срочное информирование органов опеки и попечительства (т.е. – администрации района), а в неотложных случаях обращение в полицию для принятия своевременных мер по обеспечению оказания ребенку необходимой медицинской помощи.

В соответствии с Семейным кодексом РФ органы опеки и попечительства наделены достаточными правами для принятия мер в случае ненадлежащего поведения родителей, что регламентировано ст. 77 «Обращение ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью»: *«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».

Однако главный медицинский документ страны фактически разрушает давно отлаженный механизм защиты ребенка в подобных ситуациях, в противоречие с действующими правовыми принципам и здравым смыслом указывая не на «обязанность», а всего лишь на «право» медицинской организации на обращение в суд для защиты интересов ребенка, в случае отказа родителя от медицинского вмешательства.

Иными словами, медицинская организация, установив, что медицинское вмешательство необходимо для спасения жизни ребенка, и осознавая прямую опасность отказа асоциальных родителей от оказания медицинской помощи, «вправе», но вовсе не обязана обратиться в суд. При этом даже если администрация медицинской организации и сочтет необходимым подать заявление в суд, то оно может быть рассмотрено, с учетом фактических сроков судопроизводства, гораздо позже, чем в действительности потребуется медицинская помощь данному ребенку.

Поэтому приведенная норма не только «бесполезна», а даже опасна в плане отсутствия механизмов защиты интересов несовершеннолетних детей, поскольку узаконивает позицию попустительства и безразличия к судьбе маленьких пациентов со стороны администрации лечебного учреждения.

Что касается второго предложения процитированной части ст. 20 новых Основ: *«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»*, то оно, как бы возлагает обязанность на опекуна недееспособного гражданина извещать орган опеки и попечительства об отказе опекуна от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни подопечного, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

Надеемся, бредовость этой нормы понятна уже и самим авторам Закона.

Получается, что опекун недееспособного гражданина, отказавшись «сегодня» от экстренной медицинской помощи своему опекаемому, завтра должен известить орган опеки и попечительства о своем, мягко говоря, неблагоприятном, а точнее, преступном поведении. Интересно, как авторы данной нормы представляют себе ее фактическую реализацию?

Предположим, что опекун даже знает, где расположен орган опеки и попечительства. Но как заставить его сообщить о своем недостойном поведении в отношении опекаемого в тот орган, который назначил его на «должность опекуна» и, самое главное, какое наказание ему грозит, если он не выполнит требование данной статьи «об «извещении на следующий день органа опеки и попечительства»?

Как известно «обязанность» в юридическом смысле существует только тогда, когда имеется санкция за ее неисполнение. Если закон не предусматривает никакого наказания за невыполнение предписания, то такая «обязанность» является пустой в правовом понимании и переходит в сферу морально-этических понятий: «нет наказания – нет юридической обязанности».

В описываемом случае Закон не предусматривает какой-либо санкции в отношении опекуна за невыполнение данной нормы. Более того, нет также и указаний на существование какого-либо наказания и для работников органа опеки и попечительства в случае бездействия при поступлении такой информации от опекуна.

Обращает на себя внимание, что, несмотря на бессмысленность данного предписания для опекуна при его отказе от медицинской помощи в отношении недееспособного гражданина, когда существует хоть формальная, но все же обязанность опекуна, в противоположность этому в отношении родителей малолетнего ребенка, отказавшихся от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, вообще нет никаких «угрожающих» пунктов или обязанности совершить определенные действия. Иными словами – «полная анархия»: «хотим – отказываемся, хотим – не отказываемся – никакого наказания за отказ Основы не содержат».

В этой связи странным выглядит отсутствие в комментируемой статье новых Основ хотя бы минимальной ссылки на закон, которым такая ответственность, на самом деле, предусмотрена. Мы имеем в виду ст. 125 УК РФ «Оставление в опасности». Непонятно, почему при том увлечении авторов Основ бланкетными (отсылочными) нормами, когда в других статьях по поводу и без повода вставлены ссылки на абстрактное «российское законодательство», в разбираемой статье, где ссылка на уголовную статью прямо-таки «сама о себе кричит» и пытается справедливо занять свое место в тексте Основ, авторы Закона как будто набрали в рот воды – изо всех сил молчат о существовании фактически прямой санкции за описанное в статье правонарушение.

В качестве практической рекомендации для врача по разрешению данной проблемы можно предложить разве что всеми путями добиваться согласия родителей на оказание медицинской помощи детям, а при явном воспрепятствовании с их стороны спасению ребенка при наличии угрозы для его жизни, прибегать к помощи полиции, применяя официальные и, так сказать, «неформальные» пути разрешения данной экстремальной ситуации.

Следующая часть 6 ст. 20 оставалась долгое время непостижимой для понимания: *«Лица, указанные в частях 1 и 2 настоящей статьи, для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на срок их выбора дают информированное добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включаются в перечень, устанавливаемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».*

И только после появления Приказа МЗСР РФ № 390н от 23 апреля 2012 г. *«Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»*, появилась хотя бы частичная ясность. Комментируя наиболее часто задаваемый вопрос по данной статье, можно утверждать, что письменные согласия граждан на медицинские вмешательства, указанные в Приказе: «термометрия», «сбор анамнеза» и т.п. должны браться у пациентов не перед каждым приемом врача, а только один раз – при выборе врача и медицинской организации, т.е. при прикреплении к районной поликлинике (см. также комментарий к ст. 2).

Следующий пункт наоборот, сформулирован достаточно четко и понятно: **ч. 7 ст. 20 Новых Основ:** *«Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента».*

Статья 21. Выбор врача и медицинской организации

Статья 21 «Выбор врача и медицинской организации», в отличие от Старых Основ содержит совершенно новые механизмы реализации такого права гражданина.

Однако остается неясным следующий момент: обязана ли поликлиника принимать на обслуживание пациента из противоположного района большого города, удовлетворяя его законное волеизъявление на выбор данного ЛПУ, или допустим отказ в обслуживании такого пациента на дому, исходя из невозможности по «материально-техническим условиям» обеспечить регулярный выезд врачей в отдаленные районы.

Прямого ответа на данный вопрос в действующих законах и приказах Минздрава, как обычно, нет. И только в качестве косвенного намека, позволяющего, исходя из практического толкования законодательства, мотивированно отказывать в обслуживании пациентов на дому по мотиву их проживания вне территорий обслуживания (врачебных участков) медицинских работников имеется норма в Приказе Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи". Буквально она сформулирована следующим образом:

«6. При осуществлении выбора медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, гражданин должен быть ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому».

Как видим, здесь введены понятия «территории обслуживания (врачебные участки)», которые относятся к «оказанию ими медицинской помощи на дому». Таким образом, оказание медицинской помощи на дому, несмотря на право гражданина на выбор ЛПУ, осуществляется, как и раньше по территориально-участковому принципу.

Статья 22. Информация о состоянии здоровья

Статья 22 «Информация о состоянии здоровья» развивает принцип полной открытости для пациента медицинской информации, касающейся его лично. При этом в отношении несовершеннолетних пациентов еще раз подтверждается возраст, до которого такая информация сообщается только законным представителям, а по достижению которого – исключительно самому пациенту (родителям, как и любым другим лицам – только с письменного согласия такого пациента). Напомним, что в общей практике этот возраст составляет 15 лет, а в отношении больных наркоманией – 16 лет.

Существенное в правовом смысле, хотя и внешне очень незаметное изменение претерпела норма о сообщении информации родственникам больного в случае неблагоприятного прогноза развития заболевания. Если в старых Основах такая информация сообщалась как гражданину, так и (!) его родственникам, то с 01.01.2012 г. такая информация сообщается или гражданину, или (!) его родственникам, если пациент не запретил им об этом сообщать (п. 3 ст. 22 новых Основ).

Иными словами, с 01.01.2012 г. в случае неблагоприятного прогноза развития заболевания, врач на полном правовом основании может, не спрашивая разрешения у пациента, сообщить информацию о состоянии его здоровья его родственникам, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Единственным ограничением может быть активно высказанный «запрет» больного на передачу такой информации другим лицам. Фактически данная ситуация является дополнительным исключением из врачебной тайны, когда допускается передача медицинской информации без согласия самого больного другим лицам, прямо перечисленным в данной статье: «супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам)». Правда, любого юриста должно насторожить слово «одному из»... Но полагаем, что в случае сообщения такой информации не одному из близких родственников, а, скажем, двум или трем, судебных исков не последует, хотя авторам закона можно было выбрать более корректную юридическую формулировку.

Полагаем, излишне напоминать, что такая информация должна сообщаться, как справедливо указано в статье, *«в деликатной форме»*.

П. 4 ст. 22 на первый взгляд не содержит юридического подвоха: *«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»*.

Однако в действительности возникают непреодолимые препятствия для фактической реализации данной нормы. Интересно, как себе представляют авторы Закона получение консультации у другого специалиста на основе, скажем подлинника (поскольку речь идет не о копиях) истории болезни больного «Сидорова» в помещении стационара больницы города N? Кто из главных врачей позволит пропустить на свою территорию какого-то другого специалиста «Иванова», чтобы тот изучал первичные медицинские документы, данного лечебного учреждения, да еще и «консультировал больного Сидорова» о том, как на самом деле его следует лечить? Совершенно очевидно, что данная норма заранее обречена стать очередным популистским приемом, который не был реализован все предшествующие 18 лет ее существования в старых Основах.

Вместе с тем, в качестве практического заменителя вышеприведенного права еще во времена старых Основ использовался более реалистичный путь для получения консультации «другого специалиста». Пациент просит сделать копии медицинской карты, в чем руководители лечебных учреждений обычно не отказывают, и по этим копиям гражданин получает консультацию «другого специалиста».

Этот путь заложен и в Новых Основах: **п. 5 ст. 22**: *«Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов»*.

Однако оконцовка данного пункта: *«Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти»* отодвигает фактическое начало действия данной нормы на неопределенное время, а именно на тот период, который потребуется Минздраву, чтобы изготовить документ под названием «Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

Не можем обойти вниманием и часто задаваемый вопрос: кем является, в понимании настоящей статьи, *«законный представитель пациента»*?

Мы уже подробно разбирали юридическое содержание данного термина: в соответствии со ст. 20, 26 ГК РФ законные представители – это родители, усыновители, опекуны и попечители. Несмотря на это, в бытовом понимании «законными представителями» по непонятной причине воспринимаются адвокаты, а также другие юристы, предъявившие нотариальную доверенность от гражданина. На самом деле ничего общего эти лица с «законными представителями» не имеют, поэтому выдавать им копии медицинских документов представляемого гражданина без специального указания об этом в доверенности прямо запрещено законом (см. ст. 13 новых Основ «Врачебная тайна»).

В то же время, те же адвокаты и юристы могут беспрепятственно выполнить свою миссию, предъявив подписанное пациентом и заверенное, например, печатью жилконторы, заявление о предоставлении им сведений и документов, составляющих врачебную тайну, фактически выполняя в этом случае роль письмоносца (курьера).

П. 6 ст. 26: *«В отношении лиц, отбывающих наказание в учреждениях уголовно-исполнительной системы, договор о добровольном медицинском страховании расторгается».*

Возможно, здесь допущена опечатка: вместо «добровольном» следует читать «обязательном»? В противном случае глубинный смысл данного пункта настолько сильно замаскирован авторами данной статьи, что понять его истинную цель и юридическую необходимость расторжения какого-то договора о каком-то добровольном медицинском страховании, в котором подавляющая часть населения страны никаким образом не участвует, не представляется возможным (по крайней мере, с первых трех раз).

Возникает вопрос, а какова же в таком случае судьба полиса и договора обязательного медицинского страхования? Если в Законе указано, что расторгается только договор о добровольном медицинском страховании, то, получается, договор ОМС в отношении осужденных (к реальным срокам) граждан продолжает действовать? Тогда пусть страховые компании регулярно выезжают в «места не столь отдаленные» (а фактически весьма отдаленные) и проверяют там качество медицинской помощи, оказываемой в медицинских частях учреждений исправительной системы, а также защищают застрахованных граждан, находящихся в местах лишения свободы.

Как ни странно, каких-либо разъяснений по данной коллизии о том, что делать осужденному с полисом ОМС в новых Основах не содержится.

Статья 27. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья

Очень долгожданной для всех медицинских работников **являлась ст. № 27 под наименованием «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья».**

Действительно, необходимость законодательного возложения ответственности на самого пациента за его «неправильное поведение» возникла с момента зарождения медицины. Ведь многие больные нарушают принципы здорового образа жизни, прямо игнорируют врачебные рекомендации, что препятствует достижению осуществлению лечебного процесса. Однако, как ни парадоксально, деструктивное поведение пациента фактически не влияет на принимаемые судебные решения. Так, например, Ленинским районным судом г. Перми в 2012-м году было принято решение о полном удовлетворении иска пациентки, которая самостоятельно разрушала установленные ей брекет-системы.

Плохо, что авторы новых Основ никаким образом не защитили медицинских работников, приняв пустую по своему реальному содержанию статью.

Приведем полностью ее оригинальный текст:

«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».

Как видим, из всех 9 строчек ни к чему не обязывающих деклараций лишь 3 последние хоть как то призывают больных к соблюдению каких-то аморфных «правил поведения в медицинских организациях». Никаких других «обязанностей», как многообещающе заявлено в названии этой статьи нет и в помине, не только потому, что они отсутствуют в тексте статьи, а, в первую очередь потому, что никаких санкций за невыполнение этих «обязанностей» ни в тексте статьи, ни в Законе не заложено, пусть даже и в отсылочном виде. Как известно, «нет наказания – нет обязанностей».

Поэтому, как и прежде, никаких обязанностей пациентов, которые действительно необходимы для успешного хода лечебного процесса, в

новых Основах опять не содержится. Получается, что каким бы образом ни вел себя пациент, как бы он ни нарушал лечебный режим и врачебные назначения, виноватым в ненадлежащем результате опять окажется врач, поскольку, как мы видим, никаких, даже минимальных негативных последствий за нарушение режима лечения в отношении «деструктивного поведения больного» Основами не предусмотрено.

Если бы авторы закона действительно заботились о правовой безопасности врачей в случаях нарушения пациентами правил поведения в медицинских организациях и нарушения ими требований осторожности по отношению к своему здоровью, то они могли бы привести, хотя бы ссылку на существующие в действительности нормы других законов, защищающих добросовестных исполнителей услуг. Так, например, в соответствии со ст. 1083 ГК РФ:

1. Вред, возникший вследствие умысла потерпевшего, возмещению не подлежит.

2. Если грубая неосторожность самого потерпевшего содействовала возникновению или увеличению вреда, в зависимости от степени вины потерпевшего и причинителя вреда размер возмещения должен быть уменьшен.

В соответствии со ст. 1098 ГК РФ:

«Продавец или изготовитель товара, исполнитель работы или услуги освобождается от ответственности в случае, если докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил пользования товаром, результатами работы, услуги или их хранения».

В соответствии со ст. 5 Закона РФ «О защите прав потребителей»:

«Изготовитель (исполнитель, продавец) освобождается от ответственности, если докажет, что вред причинен вследствие непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил использования, хранения или транспортировки товара (работы, услуги)».

Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи

Статья 37 «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи» по своему содержанию является полезной и правильной, за исключением одного нюанса: ее 1-я (основная) часть вступила в силу спустя год после начала действия всего закона.

Иными словами, все стандарты и порядки оказания медицинской помощи на целый год были исключены из правового поля современного здравоохранения, формально не имея никакого юридического значения. С позиции здравого смысла, согласитесь, трудно понять глубинный смысл такого эксцесса законодателя, особенно учитывая, что Минздрав РФ всегда мотивировал важность и полезность новых Основ именно введением в практику «порядков» и «стандартов» оказания медицинской помощи, как гарантии качества медицинской помощи.

Прямое указание в законе на запаздывание официального введения порядков и стандартов на целый год по сравнению с основным текстом закона затормозило развитие стандартизации в медицине и правовой регламентации медицинской деятельности. Между тем, такая анархия вредна не только для пациентов, но и для врачей, поскольку лишает их защиты в случае неблагоприятного исхода лечения. Известно, что выполнение врачом полного лечебно-диагностического стандарта снимает с него ответственность в случае не достижения положительного результата. А если узаконенных стандартов не существует, то врачу не к чему апеллировать для обоснования правильности своей тактики. В отсутствие официальных алгоритмов действия врача оцениваются, исходя из субъективных взглядов экспертов, основанных на доктринах признаваемой только ими научной школы. К чему приводит такой субъективизм можно проследить на реальных примерах судебной практики.

В 2009-м году в Кировской области было рассмотрено уголовное дело в отношении врача-хирурга А. в связи со смертью больной, умершей от тромбоэмболии легочной артерии, возникшей на фоне гнойного медиастинита. Эксперты, разбиравшие этот случай установили причинно-следственную связь между его действиями и смертельным исходом у больной Б., фактически «прилепив» врачу уголовную статью. В результате врач А. был обвинен по ч. 2 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения служебных обязанностей).

Примечательно, что каких либо нарушений стандартов, правил или алгоритмов при лечении больной Б. врачом А. допущено не было. Но в силу того что в РФ, стандарты, как видим, не имели никакой юридической силы, особого внимания на данное, по сути оправдывающее врача основание, в суде не обратили. Экспертное заключение сводилось по смыслу к тому, что лечащий врач «должен был подумать» о наличии у больной гнойного медиастинита, «дооценить» степень тяжести заболевания и своевременно направить ее в областную больницу, а поскольку ничего этого не сделал, то между его ошибками и смертью больной от ТЭЛА «имеется причинно-следственная связь».

При этом даже такие документально зафиксированные обстоятельства, как отсутствие у больной данных за медиастинит в течение всего периода ее наблюдения врачом А., применение двух антибиотиков парентерально, и, самое главное, очевидное отсутствие прямой причинно-следственной связи между действиями врача А. и возникновением у больной ТЭЛА не смогли повлиять на вынесение такими, с позволения сказать, «экспертами» безграмотного в научном смысле и несправедливого по юридическим последствиям заключения. Чем было обосновано такое мнение экспертов – не известно.

Между тем, при наличии законодательно утвержденных стандартов и порядков оказания медицинской помощи у врача А. имелась возможность опровергнуть немотивированное заключение экспертов, уже хотя бы по причине отсутствия нарушений стандартов и вины врача в смерти больной, умершей от непрогнозируемой патологии, какой является ТЭЛА.

Однако на сегодняшний день, несмотря на полную безосновательность и прямое противоречие здравому смыслу, такие «знатоки», называемые экспертами, фактически решают судьбу любого врача, легко делая его уголовником в той ситуации, когда по данному случаю может быть возбуждено исключительно гражданское дело по иску не к врачу, а к медицинской организации.

Такие примеры, когда врачами допускаются диагностические ошибки по причине отсутствия объективно устанавливаемых признаков заболевания (а не ввиду грубой небрежности) встречается довольно часто. Только по нашим данным, в среднем по Пермскому краю проходит в год по 10 -15 судебных дел, которые выигрываются пациентами. Если представить, что в каждом случае эксперты будут усматривать прямую причинно-следственную связь между, предположим, неотправкой больного в крайнюю клинику и его смертью от инфаркта миокарда, то каждый год все эти 10 – 15 врачей будут получать уголовные сроки. Не слишком ли много «преступников в белых халатах» в перерасчете на всю страну?

Еще пример из той же Кировской области.

В 2009-м году наступил смертельный исход у беременной женщины (33 недели) по причине тяжелых осложнений «свиного гриппа». Приговором районного суда врач Д. был признан виновным в причинении смерти больной и осужден по ч. 2 ст. 109 УК РФ с выплатой (лично с врача) полу-миллиона рублей компенсации морального вреда.

Как следует из материалов дела, врач Д., осматривал больную всего лишь два раза в качестве консультанта-терапевта. Суть обвинительного заключения экспертов, положенного в основу приговора состояла в том, что вина врача Д. заключается, как в неправильном лечении больной, так и в том, что врач не направил больную сразу с амбулаторного приема в ста-

ционар. Между тем, ссылок на легитимные стандарты или порядки оказания медицинской помощи, обязывающие врача-терапевта, самостоятельно, без согласования с акушером-гинекологом проводить лечение беременных пациенток и лично проводить госпитализацию и контроль лечения в акушерском стационаре, приведено не было.

Подобные примеры, когда эксперты «берут с потолка» только им известные обязанности медицинского работника, которые якобы были нарушены и, пользуясь своим непререкаемым статусом, фактически навязывают уголовную статью, встречаются все чаще, что неизбежно подрывает авторитет судебной власти, автоматически признающей врача уголовником даже в тех случаях, когда должна наступать исключительно гражданско-правовая ответственность работодателя (ЛПУ).

В противоположность этим случаям в практике юриста встречаются другие примеры, когда неблагоприятные исходы носят однозначно ятрогенный характер, однако система судебно-медицинской экспертизы и правоохранительных органов, как будто бы не замечают явно противоправный характер деяний врача.

Так, в 2009-м году в г. Перми у молодого мужчины была ампутирована нога только из-за того, что хирург в ходе операции по поводу варикозной болезни перепутал вену с артерией и удалил магистральную артерию на ноге. При этом ни должного внимания, ни контроля послеоперационного состояния больного врачом не было обеспечено, в результате чего даже проведенная в течение суток реконструктивная операция на сосудах не спасла ногу, пациент стал инвалидом. Однако никакого наказания этот хирург не понёс.

Или еще пример, когда в 2010-м году в г. Себеж Псковской области у больной с гипертонической болезнью возникло острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт), а участковый фельдшер более чем на сутки оставил больную без необходимой медицинской помощи, после чего наступил смертельный исход. Однако и в этом случае не было возбуждено уголовного дела, а в г. Себеже районным судом было отказано даже в гражданском иске родственников умершей женщины со ссылкой на «оправдательное» заключение судебно-медицинской экспертизы, проведенной в г. Великий Новгород.

Уход медицинских работников от юридической ответственности в обоих этих случаях обусловлен, помимо субъективных факторов – т.е. действиях тех людей, от которых зависел ход процесса, отсутствием четких, легитимных и общепризнанных медицинских стандартов по лечению острого мозгового инсульта и послеоперационному наблюдению за больными с заболеваниями сосудов ног.

Вот почему мы настаиваем на скорейшем введении стандартизации в медицине, которая позволит пациенту получать на законном основании

полный объем медицинской помощи, а врачу гарантировать свою правовую безопасность при соблюдении официальных требований, правил и предписаний.

В настоящее время уже существуют Порядки оказания медицинской помощи по многим медицинским специальностям – их легко можно найти в любом правовом навигаторе по ссылке со ст. 37 новых Основ (например, Приказ Минздравсоцразвития РФ от 07.12.2011 г. № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях»).

Статья 47. Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)

Статья 47 «Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)» – довольно подробно регламентирует «процесс донорства».

Как и прежде в законодательстве сохраняется принцип презумпции согласия гражданина на изъятие после его смерти органов и тканей для трансплантации – это означает, что если от самого гражданина при жизни, либо от его родственников после смерти не поступило возражение против изъятия органов, то их можно использовать для трансплантации, за исключением смерти несовершеннолетних и недееспособных лиц, когда изъятие органов допускается лишь на основании испрошенного согласия одного из родителей.

Здесь (в п. 8 ст. 47 новых Основ), по-видимому допущена ошибка: *«В случае смерти несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) допускается на основании испрошенного согласия одного из родителей»*. В данном пункте говорится о согласии родителей недееспособного лица, в то время как, опеку над недееспособными лицами, которые могут быть любого возраста и обычно являются взрослыми (совершеннолетними) осуществляют опекуны, которые в большинстве случаев не являются их родителями. Поэтому вместо фразы *«родителей недееспособного лица»* следовало указать *«опекунов недееспособного лица»*.

Понятно, что одна статья не в состоянии исчерпывающим образом отразить все детали медицинской деятельности под названием «донорство», поэтому она содержит закономерные ссылки на ст. 66 новых Основ, а также на «федеральный закон» – название не указано (по-видимому, имеется в виду Закон РФ от 22.12.1992 N 4180-1 (ред. от 29.11.2007) «О транс-

плантации органов и (или) тканей человека» и Закон РФ от 09.06.1993 N 5142-1 (ред. от 24.07.2009) «О донорстве крови и ее компонентов»).

Статья 48. Врачебная комиссия и консилиум врачей

По тексту данной статьи остается неясным следующий вопрос: имеет ли обязательную силу для лечащего врача решение консилиума врачей, оформляемое протоколом?

С одной стороны, именно лечащий врач несет ответственность за лечебные мероприятия, в то же время консилиум врачей – это не просто дружеская беседа коллег с дачей «устных советов», а, как следует из статьи, официально созываемая комиссия, оформляющая предусмотренный законом документ (протокол). Однако какие юридические последствия влечет протокол консилиума для лечащего врача и для пациента закон не разъясняет.

Не вносит ясность и п. 2 ст. 70 «Лечащий врач», в котором имеется такая норма: *«Рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом»*. Однако по поводу обязательности решения консилиума врачей там также нет ни слова.

Исходя из судебной практики, юридическая ответственность, в том числе уголовная за ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей, возлагается на лечащего врача, а не на членов консилиума, следовательно, именно он принимает окончательное решение в отношении больного, а протокол консилиума ввиду отсутствия какого-либо указания в законе на этот счет следует расценивать как рекомендательный (т.е. не обязательный для исполнения) документ.

Статья 51. Права семьи в сфере охраны здоровья

В качестве новеллы, содержащейся в данной статье можно выделить прямое указание на возможность присутствия при родах отца или иного члена семьи, а также на пребывание с ребенком в стационаре любого члена семьи всегда бесплатно до 4-х летнего возраста, а с 4-х летнего возраста только при наличии медицинских показаний.

В соответствии с п. 3 ст. 51 получается, что, начиная с 4-х летнего возраста без медицинских показаний возможно взятие оплаты за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания.

Статьи 57. Медицинская стерилизация

Среди многочисленных позитивных новелл, касающихся репродуктивной функции человека наше внимание привлекло содержание **п. 2 ст. 57 – «Медицинская стерилизация»**: *«По заявлению законного представителя совершеннолетнего лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно выразить свою волю, медицинская стерилизация возможна по решению суда, принимаемому с участием совершеннолетнего лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным»*.

Это как, интересно, понимать? Получается, что в отношении недееспособного гражданина вопрос о стерилизации решает его опекун, но только в том случае, когда такое лицо по своему состоянию не способно выразить свою волю, да и то, через суд.

Во всех остальных случаях недееспособное лицо решает вопрос о стерилизации, исходя из текста статьи, исключительно самостоятельно, с чем, в принципе, можно согласиться. Но как себе представляют авторы закона вписанную в статью обязанность личного участия недееспособного лица в судебном заседании, которое при этом не способно, как говорится в статье, выразить свою волю? Зачем в таком случае этих граждан таскать в суд, если они и в обычной жизни не могут выразить свою волю, а тем более, на судебном заседании. Может, конечно, в зале суда, по мнению авторов закона, у них случайно откроется способность выразить свою волю, однако таких прецедентов история правосудия пока не знает.

Статья 58. Медицинская экспертиза

Статья 58 «Медицинская экспертиза», хотя и стала более подробной и выдержанной с юридической точки зрения, все же содержит досадный нонсенс: часть 3 статьи 58, касающаяся независимой медицинской экспертизы вступает в силу с 1 января 2015 года. Таким образом, как не было у граждан РФ независимой экспертизы все предыдущие 18 лет действия старых Основ, так нет ее и сейчас.

В старых Основах хотя бы был слабый намек на независимую медицинскую экспертизу (ст. 53). Правда ту статью следовало поместить не в федеральный закон, а сатирический журнал под рубрикой «нарочно не придумаешь»: ведь согласно ст. 53 старых Основ, независимая медицинская экспертиза могла быть для граждан только двух видов: 1) военно-врачебная и 2) патологоанатомическая. Однако новые Основы вообще ликвидируют институт независимой медицинской экспертизы ровно на 3 года.

Статья 59. Экспертиза временной нетрудоспособности

Статья 59 «Экспертиза временной нетрудоспособности» – в качестве значимого новшества отмечается, что лечащий врач, единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком до пятнадцати календарных дней включительно (прежде было – до 30).

Статья 69. Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности

Согласно прямому прочтению, данная статья вообще не касается врачебной и провизорской деятельности.

Смотрите сами: из всех частей данной статьи с 01.01.2012 года вступает в силу только 5-я часть: *«Лица, не завершившие освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, и лица с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».*

Отметим, что такой порядок на сегодняшний день не принят. Кроме этого, все остальные части данной статьи вступают в силу с 1 января 2016 года. Получается, что в ст. 69 новых Основ на ближайшие 4 года нет ни слова о праве на осуществление врачебной деятельности.

Статья 70. Лечащий врач

Статья 70 «Лечащий врач» несколько расширяет и конкретизирует права врача, существовавшие в старых Основах.

В частности, при выборе пациентом лечащего врача должно учитываться согласие врача, но оно не является определяющим. Если бы в законе была фраза: «только с согласия врача», то мнение врача по этому вопросу носило бы обязательный характер, а так у него, конечно, спросят согласия, но запросто могут оставить его без внимания.

«В случае требования пациента о замене лечащего врача руководитель медицинской организации (подразделения медицинской организации) должен содействовать выбору пациентом другого врача в поряд-

ке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Такой Порядок утвержден Приказом МЗСР РФ от 26.04.2012 N 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача».

В п. 3 ст. 70 содержится четкая, однозначная и реально выполняемая правовая норма:

«Лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения медицинской организации) может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения ..., если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих».

Иными словами врач вправе отказаться от лечения больного, но с двумя ограничениями: 1) если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих; 2) по согласованию с руководителем.

Полагаем, по 1-му пункту ни у кого вопросов не возникнет, а что касается 2-го, то слово «по согласованию» фактически означает «при наличии согласия руководителя».

Правда, здесь возникает противоречие со следующей фразой статьи: *«В случае отказа лечащего врача от наблюдения за пациентом и лечения пациента ... должностное лицо (руководитель) медицинской организации (подразделения медицинской организации) должно организовать замену лечащего врача».*

Получается, что отказ лечащего врача от больного принимается как его безусловное право и с неизбежностью влечет обязанность руководителя сразу организовать замену лечащего врача независимо от его согласия с отказом лечащего врача от ведения данного больного. Так кто все-таки главный в этой ситуации: лечащий или главный врач? (извините за нелепость вопроса).

В нашем архиве пока нет судебных precedентов по таким спорам, однако в любом случае «главным» должен быть пациент, нуждающийся в медицинской помощи. Отсутствие дошедших до нас конфликтных ситуаций по данной теме мы расцениваем как положительный симптом, свидетельствующий о понимании всеми врачами данной аксиомы.

Хотим обратить внимание читателей еще на один пункт данной статьи:

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

Это означает, что при назначении любого средства за плату врач обязан проинформировать пациента о возможности получения такого средства бесплатно (конечно, при наличии такой возможности).

Данное требование продублировано в п. 6 вступившего в силу с 01.01.2013 г. Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»:

«При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Важным является указание в **п. 2 ст. 70** о том, что рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

Полный список обязанностей лечащего врача и медицинской организации, как юридического лица (независимо от формы собственности), предусмотренных новыми Основами, сформирован нами в Приложении).

Статья 71. Клятва врача

Статья 71 «Клятва врача» радует хотя бы тем обстоятельством, что она не содержит, как это было в старых Основах надуманного указания, что *«врачи за нарушение клятвы врача несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации».*

На самом деле Клятва врача (также как и «Клятва Гиппократа» или «Моральный кодекс строителя коммунизма») является всего лишь традиционным корпоративным ритуалом, не влекущим для врача абсолютно никаких юридических последствий.

Однако, считаем правильным включение в закон Клятвы врача, что, несомненно, вносит вклад в формирование внутренних моральных устоев и нравственных ориентиров, необходимых каждому добросовестному человеку, в том числе и врачу.

Статья 72. Права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их стимулирования

Статья 72 «Права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их стимулирования» фактически повторяет положения трудового законодательства, которые и без того действуют во всех сферах трудовой деятельности (см. раздел VII Трудового кодекса РФ).

Единственное специфическое и очень важное новшество – это введение нормы о праве медицинских работников на страхование риска своей профессиональной ответственности (п. 7 ч. 1 ст. 72). Это означает, что начиная с первого дня начала действия данной статьи, а именно – с 01.01.2012 г. медицинские и фармацевтические работники имеют право, а их работодатели (как вытекает из данной нормы) обязаны застраховать риск профессиональной ответственности.

Более подробно комментарий по поводу страхования гражданской ответственности в медицине – см. в комментарии к ст. 79 «Обязанности медицинских организаций».

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

Статья 74 предусматривает запрет для медицинских работников на принятие от фармкомпаний подарков, денежных средств (за исключением случаев, прямо предусмотренных в данной статье, а именно: вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, в связи с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности), в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха, а также на участие в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний.

Также накладываются ограничения на прием представителей фармацевтических компаний, за исключением случаев, связанных с прове-

дением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, участия в порядке, установленном администрацией медицинской организации, в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня.

Из этого следует, что в каждом ЛПУ должен быть разработан «Порядок приема представителей фармкомпаний», наличие которого является обязательным для контактов с фармкомпаниями и проверяется во время контрольных проверок Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (п/п а п. 14 Положения, утвержденного Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»). Нами разработан образец такого Порядка, который уже используется учреждениями, находящимися на нашем юридическом обслуживании (см. Приложение к настоящим комментариям).

Статья 79. Обязанности медицинских организаций

В статье 79 «Обязанности медицинских организаций» наше внимание привлекло несколько пунктов:

П/п 2 п.1: *«Медицинская организация обязана: осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи».*

Странным является то, что данная обязанность медицинских организаций действует уже с 01.01.2012 г., в то время как согласно п. 1 ст. 37 порядки и стандарты медицинской помощи вступили в силу лишь через год – с 01.01.2013 г.

П/п 9 п.1 *«Медицинская организация обязана: информировать органы внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий».*

Данная норма перекликается с положением ст. 13 (Соблюдение врачебной тайны – см. комментарий к ст. 13), в п. 5 которой информирование органов внутренних дел зафиксировано, как «право» медицинской орга-

низации. Как видим статьей 79 данное действие трактуется как «обязанность» и регламентируется новым Приказом МЗСР РФ № 565н от 17.05.2012 «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий».

Несмотря на недостаточную четкость критериев «противоправности» в указанном порядке, считаем, что данная обязанность должна неукоснительно исполняться дежурным персоналом любой МО.

П/п 10 п.1 «Медицинская организация обязана: осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи в соответствии с федеральным законом».

Совершенно очевидно, что актуальность скорейшего внедрения страхования гражданской ответственности медицинских организаций (СГОМО), или как еще говорят - «страхования от врачебной ошибки» является чрезвычайно высокой в современном здравоохранении, что подтверждается прогрессивно нарастающей судебной практики по врачебным делам. При этом судебные взыскания накладываются не только на юридическое лицо (в большинстве случаев), но и непосредственно на медицинских работников, допустивших профессиональный дефект (например, описанные нами случаи смертельного исхода у больной от свиного гриппа в Кировской области, когда с врача было взыскано судом 500 000 рублей компенсации морального вреда и возникновения у больной медиастинита со взысканием лично с врача 200 000 рублей компенсации морального вреда в той же Кировской области).

Однако, несмотря на многолетние безрезультатные разговоры о СГОМО (см. журнал «Страховое дело» № 1, с. 25 за 2002 –й г.) до сих пор не разработаны типовые правила, не утверждены критерии «страхового случая», не определены источники финансирования данного вида страхования. Лишь в единственном субъекте РФ (в Пермском крае) на эти цели вот уже 6-й год подряд выделяются целевые бюджетные средства, в том числе и на страхование «морального вреда». Правда, даже и здесь страховщики не торопятся оказывать больницам такой вид услуг, что вызывает закономерное недоумение и подтверждает сложившееся убеждение населения в том, что страховые компании в первую очередь, думают о своих сверхприбылях и не заботятся о реальной помощи клиенту, если рентабельность и рискованность данного вида страхования не укладывается в привычные для периода «хищнического капитализма» финансовые мерки.

В последние годы, все же, начали появляться отдельные страховые компании, предлагающие страхование морального вреда в медицине, однако всегда возникают обстоятельства, фактически исключающие выплату страхового возмещения при наступлении страхового случая: или страховая компания предлагает такую услугу за месяц до своего банкротства, или в договор страхования вносятся заведомо невыполнимые условия, или в полис включаются взаимоисключающие термины и понятия. Если взять типичный договор СГОМО, то в его тексте можно обнаружить минимум три основания, по которым страховая компания никогда не заплатит по страховке.

Согласно судебной практике в РФ, гражданская ответственность ЛПУ перед пациентом в 98 % случаев возникает при наличии косвенной причинно-следственной связи между дефектами оказания медицинской помощи и наступившими неблагоприятными последствиями (*«дефекты способствовали наступлению вреда»*), что влечет удовлетворение в суде гражданского иска. В 2 % имеется прямая причинная связь (*«дефекты привели к вреду»*), что влечет вынесение обвинительного приговора по уголовному делу. Во всех этих 100 % случаев обычно присутствуют *«признаки халатности, грубой небрежности и уголовно наказуемых деяний»*. Известно также, что из взыскиваемых с ЛПУ денежных сумм 91 %, по статистике, составляет компенсация «морального вреда» (<http://ПМПЦ.РФ>).

Несмотря на такие очевидные и известные каждому ведущему врачебные дела юристу факты, страховые компании в своих договорах указывают, например, что *«страховая выплата не производится в случае наличия в действиях медицинских работников признаков халатности, грубой небрежности и уголовно наказуемых деяний»*. Т.е. любой страховой случай уже изначально не проникает сквозь эти надуманные барьеры, сочиненные страховой компанией.

Встречаются договоры СГОМО, в которых, наоборот, выплата производится, только если имеется *«прямая причинно-следственной связи между дефектами оказания медицинской помощи и наступившими неблагоприятными последствиями»* - т.е., по факту, только в 2 % страховых случаев.

Часто в договоре устанавливаются жесткие сроки признания случаев подлежащими оплате, например, *«выплата производится, только если обязанность по компенсации вреда пациенту возникла в течение действия договора страхования, при этом претензия от пациента предъявлена также в период действия договора страхования и по случаю, произошедшему, опять же, в период действия договора страхования»*. Это означает, что страховка не будет выплачена никогда, поскольку на практике не встречаются случаев, когда бы все эти три условия совпадали с пе-

риодом действия договора страхования. Даже если предположить, что пациент подаст претензию в течение года с момента причинения вреда (а по закону, он имеет право подать иск спустя хоть десять лет), то судебное дело растягивается на довольно длительный срок, и после проведения комиссионной экспертизы, обжалования решения в апелляционном порядке проходит обычно больше года. Следовательно, опять страховая компания никогда не заплатит по гражданской ответственности ЛПУ.

Кроме этого, в полном противоречие с имеющейся статистикой судебных выплат страховые компании почему-то пытаются застраховать «имущественный ущерб», а не «моральный вред», указывая, например, в договоре СГОМО, что лимит выплаты по моральному вреду составляет всего лишь по 125 т.руб., в то время как «на лекарства» лимит ответственности раздувается до 375 тысяч рублей.

Складывается впечатление, что руководители страховых компаний не знают, что на самом деле требуется застраховать в ЛПУ, ни разу не приняли участия ни в одном судебном процессе по врачебному делу, а аналитики страховых отделов даже не ознакомились с опубликованной статистикой по размерам и структуре взыскиваемых с ЛПУ денежных сумм.

И всю эту «безграмотность» приходится оплачивать добросовестным медицинским организациям, вероятно, в надежде на мифические выплаты страховых сумм, указанных на полисах СГОМО, доходящих порой до 13 миллионов рублей, которые, даже при самом пессимистичном прогнозе в реальности никогда не взыскиваются не то, чтобы за год действия Договора, а вообще за всю историю существования конкретного ЛПУ, даже если с ним будут судиться абсолютно все его пациенты. Исходя из изложенного, в настоящее время договор страхования гражданской ответственности врачей и медицинских организаций, за который приходится платить от 60 до 100 тысяч рублей можно охарактеризовать как «лохотрон для главных врачей».

Проблем добавляет то, что в комментируемой статье новых Основах заложена очередная двусмысленность и правовая неопределенность. Из текста статьи не ясно, в соответствии с каким именно «федеральным законом» медицинская организация обязана осуществлять страхование гражданской ответственности: или, по мнению авторов, должен быть принят специальный закон о страховании на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи, или достаточно наличия существующего закона «Об организации страхового дела в Российской Федерации»?

С правовой точки зрения страхование гражданской ответственности регулируется Законом РФ «Об организации страхового дела в Российской

Федерации» (ред. от 30.11.2011 г.), в котором имеется соответствующий пункт – п/п 2 п. 2 ст. 4 и п/п 19 п. 1 ст. 32.9 «страхование гражданской ответственности за причинение вреда вследствие недостатков товаров, работ, услуг». Именно такой вид деятельности должен быть указан в лицензии страховой компании, с которой следует заключать договор на страхование «от врачебной ошибки».

Со своей стороны мы считаем, что действующая на сегодняшний день нормативная база в полном объеме позволяет осуществлять страхование данного вида гражданской ответственности, в связи с чем на всех медицинских организациях с 01.01.2012 г. уже лежит прямая обязанность по страхованию на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента. Остается удивляться, почему до сих пор никакой административный орган (например, прокуратура или министерство здравоохранения) не заставил лечебные учреждения застраховать свою гражданскую ответственность перед пациентом.

Странно, но, правоохранительные и надзорные органы порой проявляют повышенную активность там, где она, по сути, не требуется. В качестве примера можно привести требования некоторых районных прокуроров, которые через суд добиваются страхования лечебными учреждениями доноров крови. Действительно, в соответствии со ст. 8, Закон РФ от 09.06.1993 N 5142-1 (ред. от 24.07.2009) «О донорстве крови и ее компонентов»: *«Донор подлежит обязательному страхованию за счет средств организаций, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов, на случай заражения его инфекционными заболеваниями при выполнении им донорской функции».*

Несмотря на полную утрату эпидемиологической актуальности данной нормы по причине отсутствия в настоящее время всякого риска заражения донора инфекционными заболеваниями, это положение старого закона от 1993 года действовало вплоть до 2013 года. И только с вступление в силу 20.01.2013 г. нового Федерального закона от 20.07.2012 N 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» эта глупая обязанность по страхованию доноров, наконец-то исключена из действующего законодательства.

Однако в сфере страховании гражданской ответственности, которое действительно необходимо для врачей и пациентов наблюдается всеобщее безразличие - никаких мер для внедрения столь нужного вида страховой защиты уполномоченными органами не принимается!

Единственное, что может хоть как-то расшевелить рынок страховых услуг СГОМО в РФ – это возникновение первого случая полной оплаты страховой компанией какого-нибудь крупного проигрыша судебного дела какой-либо больницы. При этом необходимо существенно изменить договоры СГОМО с исключением из них множества бестолковых «подводных камней», либо вынесение прокуратурой предписаний и штрафных санкций по принуждению ЛПУ к поиску нормальных страховых компаний и заключению правильного договора СГОМО.

П/п 11 п.1 *«Медицинская организация обязана: вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти»* – балансирует на грани выполнимости, поскольку с 1988 года, в связи с отменой Приказа Минздрава СССР от 4 октября 1980 г. N 1030 официально узаконенных форм медицинской документации не существовало. Только в конце декабря 2011 г. Минздрав подготовил «Проект приказа Минздравсоцразвития России от 14 декабря 2011 г. Об утверждении форм учётной медицинской документации медицинских организаций», которым утверждаются перечень форм учётной медицинской документации и Альбом форм учётной медицинской документации.

Что касается легитимных форм медицинской документации для частных медицинских организаций, то этот вопрос остается открытым до настоящего времени. По правоприменительной практике суд при разрешении вопроса об оформлении медицинской документации в частных клиниках использует «аналогию закона», это означает, что при отсутствии прямой нормы применяются сходные или наиболее близкие правила и документы.

Таким образом, в любых медицинских организациях приходится использовать формы документов, которые хотя бы один раз были официально утверждены нормативным актом.

Статья 80. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Статья 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (вступила в силу с 01.01.2012 г.) содержит перечень бесплатных услуг, которые должны предоставляться гражданам в рамках программы госгарантий (**п. 3 ст. 80**) – это:

- оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи, либо в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям (из этого следует, что применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в остальных случаях можно осуществлять за оплату);
- размещение в маломестных палатах по медицинским показаниям; пребывание в стационарных условиях, включая спальное место и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний;
- транспортные услуги при сопровождении медицинским работником пациента, в целях выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи при отсутствии возможности их проведения на месте.

Судебная практика по искам о взымании с пациентов в стационаре оплаты за лекарственные средства, равно как и за использование своих (купленных пациентов) лекарств носит преимущественно «взыскательный характер». Суды, как правило, находят малейшие, даже юридически сомнительные основания для взыскания в пользу пациента затраченных ими денежных средств, например, наличие инвалидности, вхождение данной группы препаратов в МЭС и т.п. Имеются судебные решения, когда вопреки требованиям гражданского законодательства, взыскиваются денежные средства не в пользу самого больного, которому они назначались, а в пользу иных граждан (например, жены больного), при этом в качестве главного обоснования удовлетворения иска приводится факт записи лечащим врачом в листе назначения названия данного препарата.

Между тем, ввиду малозначительности размера обычно взыскиваемых сумм, который составляет в среднем 30 – 40 тыс. руб., такие дела обычно не имеют для ЛПУ особой актуальности, хотя в моральном плане врачу бывает очень досадно получить иск от больного, который до этого клялся, что сам купит все необходимые для своего быстрее лечения препараты и никаких претензий по этому поводу иметь не будет.

Статья 81. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Статья 81 «Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» указывает, что детальные вопросы оказания медицинской помощи в регионах (например, сроки ожидания медицинской помощи) должны регламентироваться в территориальной программой госгарантий.

Статья 82 Источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья

Статья 82 «Источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья» закрепляет принцип допустимости и равной законности различных источников финансового обеспечения в сфере охраны здоровья, которыми являются, в том числе и личные средства граждан.

Список таких источников является открытым, однако при этом несколько странным выглядит отсутствие среди 8-ми перечисленных источников средств добровольного медицинского страхования.

Статья 83. Финансовое обеспечение оказания гражданам медицинской помощи и санаторно-курортного лечения

Статья 83 «Финансовое обеспечение оказания гражданам медицинской помощи и санаторно-курортного лечения» в своем названии содержит разделение «медицинской помощи и санаторно-курортного лечения». Получается, что в понимании данного закона это разные виды деятельности, хотя на самом деле, конечно же, это не так.

Наше внимание привлекло то обстоятельство, что в перечне источников финансирования скорой медицинской помощи (**п. 3**) присутствуют только средства ОМС и бюджета. Никаких иных источников, как, например, значит, при финансировании других видов медицинской помощи, в нем нет, список закрыт. Видимо, таким путем законодатель решил исключить оплату скорой медицинской помощи из других источников, в первую очередь за счет личных средств граждан, что, с нашей точки зрения, является однозначно правильным, но только – для государственной (муниципальной) системы скорой медицинской помощи.

Однако в этом случае остается неясной юридическая судьба платной (частной) скорой медицинской помощи – получается, что согласно прямо-

му прочтению Основ, платная служба скорой медицинской помощи является видом деятельности, не предусмотренным законом, со всеми вытекающими последствиями. В качестве варианта дальнейшего существования частной службы скорой медицинской помощи можно рассмотреть использование в качестве источника ее финансирования средств программы госгарантий (в т.ч. территориальной) вместо прямой оплаты таких услуг пациентом. Только тогда деятельность частной скорой помощи может считаться абсолютно легитимной. При этом такой вариант не выглядит уж совсем утопически, поскольку утверждение тарифов на медицинские услуги осуществляется на уровне региона и не исключено, что они могут стать действительно привлекательными в экономическом смысле и для частных медицинских организаций.

В п. 7 и 8 непонятно зачем приведены ссылки на то, что финансовое обеспечение оказания медицинской помощи военнослужащим, а также в местах лишения свободы осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации – для чего законодатель считает нужным тратить бумагу на эти ничего не значащие и сами собой разумеющиеся ссылки. Возникает вопрос: а как иначе, как не в соответствии с законодательством что-либо вообще должно осуществляться в государстве?

Подобными пустыми отсылочными нормами были раньше нашпигованы старые Основы – по-видимому, привычка, как говорится, осталась.

Интересным на наш взгляд является **п. 10 ст. 83**, который тоже содержит отсылочную норму, но она тут, как раз, к месту.

Смысл пункта в том, что расходы, связанные с оказанием гражданам бесплатной медицинской помощи в экстренной форме подлежат возмещению в порядке и в размерах, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Иными словами, введение этого правила должны быть сняты давние проблемы лечебных учреждений при оказании экстренной помощи БОМЖам и другим лицам, не имеющим полиса ОМС, когда ЛПУ работали на таких лиц бесплатно, фактически себе в убыток, не имея шансов на возмещение произведенных расходов ни из бюджета, ни по линии ОМС.

Статья 84. Оплата медицинских услуг

Статья 84 «Оплата медицинских услуг» довольно подробно регламентирует основные принципы данного вида деятельности.

Наше внимание привлек **п/п 2 п 5**: «Медицинские организации имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Россий-

ской Федерации». Иными словами, при оказании платных услуг не обязательно указывать ФИО больного. При этом каких-либо случаев, когда законодательство обязывает медицинские организации указывать ФИО пациента по платным услугам нам не известно («обязывает» – значит, за неисполнение должно быть предусмотрено какое-либо наказание). Тем более при оказании платных услуг, раз уж закон допускает анонимность, т.е. отсутствие всякого имени, то тем более, не требуется и сличения паспортных данных пациента.

В принципе, требовать от пациента паспорт нужно всего лишь по двум причинам: 1) для последующей оплаты медицинской помощи по линии бюджета, ОМС или ДМС; 2) при оформлении официальных справок и документов, влекущих юридические последствия. Таким образом, если пациент вносит оплату за лечение в порядке полной предоплаты и медицинская организация не оформляет для него «именных денежных документов», то и его паспорт больнице тоже не нужен. В этих случаях достаточно записать ФИО со слов самого гражданина, руководствуясь презумпцией добросовестности сторон гражданско-правовых отношений.

Интересным является **п/п 4 п 5**: *«Медицинские организации имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 настоящего Федерального закона».*

Для справки: ст. 21 регламентирует порядок выбора пациентом ЛПУ. Иными словами, если гражданин самостоятельно обращается в другое, а не в то ЛПУ, которое он выбрал на общих основаниях, то такая медицинская помощь оказывается ему за плату. Данным пунктом фактически опровергается растрезвенная в СМИ популистская «утка» о том, что по вступившему в законную силу в 2011-м году Закону «Об обязательном медицинском страховании в РФ» каждый гражданин, якобы может бесплатно лечиться по своему полису в любом ЛПУ страны.

Медицинские услуги, оказываемые на основании договоров Добровольного медицинского страхования, согласно **п. 2 ст. 84** новых Основ отнесены к платным медицинским услугам. Более подробно порядок предоставления гражданам платных медицинских услуг регламентируется Постановлением Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г. (см. наш Комментарий).

В **п. 8 ст. 84** на уровне федерального закона утвержден нормативный принцип, согласно которому к отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения Закона «О защите прав

потребителей». Следовательно, к «бесплатным медицинским услугам» положения Закона «О защите прав потребителей» не применяются.

Между тем, согласно п. 9 Постановлению Пленума Верховного Суда РФ № 17 от 28.06.2012 г. *«К отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей».*

Таким образом, получается, что Верховный Суд РФ в 2012-м году признал очевидную правовую ситуацию – то, что медуслуги в рамках ОМС относятся к возмездным услугам (т.к. за каждого пациента фактически платит медицинская страховая компания и ФОМС что квалифицируется ГК РФ как «возмездный договор в пользу 3-го лица»), а, следовательно регулируются законом «О защите прав потребителей», о чем мы неоднократно, много лет назад писали в центральных научных изданиях (Российская юстиция, 2002 г.).

Странным является совершенный вдруг поворот на 180 градусов в правовой позиции Верховного Суда, который прежде давал официальные ответы о том, что медицинские услуги, оказанные гражданам в системе ОМС Законом «О защите прав потребителей» не регулируются! Кроме этого, новая позиция Верховного Суда входит в противоречие с вышеприведенным положением «специального закона» - Новых Основ согласно которому к услугам, регулируемым Законом «О защите прав потребителей» относятся только платные медицинские услуги и оказанные в рамках ДМС.

Какой практический выход влечет такой «разворот судебной практики» - очевидно позитивный для пациентов и негативный для медицинских организаций. Дело в том, что закон «О ЗПП» наделяет потребителя медицинских услуг существенно большим объемом прав по сравнению с «бюджетным сектором», а на исполнителя – т.е. на ЛПУ возлагает дополнительные виды ответственности (см. ниже):

1. Ответственность за вред, причиненный материалами и оборудованием - независимо от возможности выявить их особые свойства (ст. 14 ЗЗПП).
2. Ответственность ЛПУ за имущественный ущерб наступает независимо от вины исполнителя (ст. 1095 ГК РФ).
3. Возможность взыскания полной стоимости некачественной услуги, а также «неустойки» (ст. 13 ЗЗПП).
4. Штраф «за несоблюдение удовлетворения требований потребителя» - 50% от всей суммы взыскания (ст. 13 ЗЗПП).
5. Срок удовлетворения требований потребителя – 10 дней (ст. 31 ЗЗПП).

6. Компенсация морального вреда возможна при любом нарушении прав потребителей, а не только при причинении вреда жизни и здоровью (ст. 15 ЗПП).

7. Иски потребителей могут рассматриваются и по месту пребывания истца (ст. 17 ЗПП; ст. 29 ГПК РФ).

В развитие данной статьи с 1 января 2013 г. вступили в силу Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006, содержащие новые требования к формулировке существенных условий договора возмездного оказания медицинских услуг (подробнее – см. Комментарий Е.В. Козьминых к Постановлению Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» - прилагается).

Статья 88. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности

Подробная регламентация государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности предусмотрена вступившим в силу 24.11.2012 г. Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».

Статья 98. Ответственность в сфере охраны здоровья

Статья 98 «Ответственность в сфере охраны здоровья» фактически пустая по своему содержанию, поскольку не вносит ничего нового в существующее правовое поле и является отсылочной к иным отраслям права.

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

Согласно закону, в РФ предусмотрено 4 вида юридической ответственности: 1) уголовная; 2) административная; 3) гражданско-правовая и 4) дисциплинарная.

1. Уголовная ответственность медицинских работников – как самый строгий вид представлена следующими наиболее часто применяемыми

статьями УК РФ: ст. 109, ч. 2 (причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей); ст. 118, ч. 2 (причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей); ст. 124 (неоказание помощи больному); ст. 159 (мошенничество); ст. 290 (получение взятки); ст. 292 (служебный подлог).

Несмотря на то, что уголовные дела составляют всего лишь 2 % от всех завершенных нами судебных врачебных дел, каждый приговор является серьезным наказанием для конкретного врача, даже, несмотря на то, что в большинстве случаев применяется условное лишение свободы. Реальные сроки наказания также встречаются в судебной практике (например, лишения свободы врача анестезиолога-реаниматолога на 2 года по случаю смерти больной при эндоскопической операции в г. Перми, 2011 г.). Кроме этого, обвинительный приговор всегда влечет возможность регрессного взыскания с врача полной суммы компенсации причиненного вреда, а не в размере среднемесячного заработка как при гражданско-правовом разрешении дела.

2. Административная ответственность применяется в качестве санкции надзорных органов за нарушение правил пожарной безопасности, лицензионных условий и требований и др. Как правило, административному штрафу подвергается юридическое лицо или руководитель ЛПУ. Максимальная санкция, предусмотренная КоАП по таким нарушениям, составляет до 250 000 руб. на юр. лицо (отсутствие лицензии).

3. Гражданско-правовая ответственность предусматривает выплаты денежного характера без возбуждения или наряду с уголовным делом. Максимальная сумма взыскания морального вреда по нашей собственной практике по одному случаю составила 3 200 000 руб. (г. Екатеринбург, 2011 г.)

4. Дисциплинарная ответственность регулируется трудовым кодексом и предусматривает 3 вида наказания: замечание, выговор и увольнение.

Таким образом, Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является современным, прогрессивным, довольно подробным и, в принципе, удобным для применения нормативно-правовым актом. По сравнению со старыми Основами он позволяет регулировать сферу медицинской деятельности на качественно новом уровне, обеспечивая существенно более комфортные правовые условия, как для врача, так и для пациента.

Вместе с тем новые Основы содержат неясные и парадоксальные положения, не позволяющие в полной мере использовать все позитивные достижения законодателя по созданию данного закона.

Надеемся, что наши комментарии и практические советы будут полезны врачам, руководителям медицинских организаций, всем гражданам, интересующимся правовыми вопросами в здравоохранении.

Е.В. Козьминых
Комментарий к Постановлению Правительства РФ
от 04.10.2012 г. № 1006
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ
МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПЛАТНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ»

Февраль 2013 г.

За прошедший период с момента введения в действие Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (новых Основ) и Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» произошли существенные изменения действующего медицинского законодательства. Изданы многочисленные подзаконные акты, уточняющие и конкретизирующие требования этих законов.

Так, например, в развитие положений Закона № 323 (новых Основ) за год его существования разработаны и введены в действие следующие приказы МЗСР РФ:

Приказ МЗСР РФ № 565н от 17.05.2012 *«Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий»* (в развитие п. 5 ст. 13);

Приказ МЗСР РФ N 390н от 23 апреля 2012 г. *«Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»* (в развитие ч. 6 ст.20).

Подготовлены и введены в действие с 01.01.2013 года *«Порядки оказания медицинской помощи»* по различным медицинским специальностям.

Предлагаемые к рассмотрению **Правила предоставления медицинских организациями платных медицинских услуг** (далее «Правила»), утвержденные Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 г. и вступившие в силу 01.01.2013 г. развивают и конкретизируют нормы, содержащиеся в ч. 7 ст. 84 новых Основ «Оплата медицинских услуг».

Итак, разберем текст Правил с точки зрения их практического применения и сложившейся судебной практики.

1. Общие положения

1. Настоящие Правила определяют порядок и условия предоставления медицинскими организациями гражданам платных медицинских услуг.

2. Для целей настоящих Правил используются следующие основные понятия:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

Понятие «медицинская организация» употребляется в настоящих Правилах в значении, определенном в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Данный пункт закрепляет существующее положение о том, что ПМУ могут оказываться, как за счет самого пациента, а также и иных лиц, в том числе по линии ДМС. В принципе, все здесь понятно, хотя, если придирааться, то под сформулированное понятие ПМУ попадают абсо-

лотно все, даже «бесплатные» медицинские услуги, поскольку за больного всегда платит какое-то юридическое лицо: фонд ОМС, страховая компания или бюджет в лице совершенно конкретных юридических лиц.

Насчет термина «потребитель» - также нет особых замечаний, поскольку он скопирован из преамбулы Закона «О защите прав потребителей». Единственное, что следует иметь ввиду, это то, что согласно правовой позиции Верховного Суда РФ «потребителем» является также и гражданин, получающий бесплатные медицинские услуги в рамках ОМС, о чем уже говорилось выше («Постановление Пленума Верховного Суда РФ № 17 от 28.06.2012 г. »).

В подавляющем большинстве случаев, т.е. в «обычном варианте» сам же потребитель является и заказчиком, поэтому для упрощения оформления договора можно указывать: «*Потребитель (он же заказчик)*». В качестве иных возможных вариантов «заказчиком» может быть родитель несовершеннолетнего ребенка, опекун, страховая компания при ДМС, работодатель, благотворительная организация и т.п. В этих случаях необходимо отдельно указывать «потребителя» и «заказчика».

Согласно п. 11 ст. 2 новых Основ под «медицинской организацией (МО) понимается - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

3. Платные медицинские услуги предоставляются медицинскими организациями на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

Данный пункт изложен довольно понятно и ничего нового не освещает. Действительно, ПМУ могут осуществляться, как и раньше, только на основании лицензии.

В данном контексте иногда возникает следующий вопрос: допустимо ли оказание медицинской помощи у пациента на дому при указании в лицензии конкретного адреса места оказания ПМУ. Такая правовая «загвоздка» возникает, например, у частных стоматологических клиник, в работе которых возникает необходимость оказывать медицинскую помощь на дому неходячим больным.

Прямого ответа на данный вопрос в правовых источниках нет. С одной стороны, согласно п. 8 ст. 3 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» № 99-ФЗ от 04.05.2011 г.:

«место осуществления лицензируемого вида деятельности - объект (помещение, здание, сооружение, иной объект), который предназначен для осуществления лицензируемого вида деятельности и (или) используется при его осуществлении, соответствует лицензионным требованиям, принадлежит соискателю лицензии или лицензиату на праве собственности либо ином законном основании, имеет почтовый адрес или другие позволяющие идентифицировать объект данные».

Иными словами, лицензируемая деятельность оказывается только по тому адресу (в том помещении), который указан в лицензии, находится в собственности либо в аренде у медицинской организации и соответствует лицензионным требованиям и условиям. Из этого вытекает, что поскольку квартира пациента, по определению, не соответствует ни одному из этих требований, то и осуществлять лицензируемую деятельность в ней (т.е. медицинские услуги) не допустимо.

Нарушение данного требования влечет административную ответственность по ст. 14.1 КоАП РФ (п. 2: *«Осуществление предпринимательской деятельности без лицензии»* - штраф на юридических лиц от сорока тысяч до пятидесяти тысяч рублей с конфискацией изготовленной продукции, орудий производства и сырья или без таковой; либо п. 3: *«Осуществление предпринимательской деятельности с нарушением условий, предусмотренных специальным лицензией»* - штраф на юридических лиц - от тридцати тысяч до сорока тысяч рублей).

В нашей практике был судебный прецедент (2011 г.), когда муниципальная детская поликлиника была оштрафована судом только за то, что один из двух пролицензированных УЗИ-аппаратов был перемещен в другое подразделение этой же поликлиники - для удобства населения, а в лицензии был указан только один адрес осуществления данной деятельности.

Между тем, в п/п 2 п. 3 ст.32 новых Основ содержится следующая норма: *«Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:*

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника».

Как видим, Основы допускают оказание медицинской помощи «на дому при вызове медицинского работника», при этом каких-либо исключений или конкретизации специальности «медицинского работника» не указано – т.е. следует читать «любого медицинского работника».

Следовательно, новые Основы допускают оказание медицинской помощи вне места, указанного в лицензии, но только «на дому» и при вызове медицинского работника.

Данное противоречие (коллизия) между двумя федеральными законами разрешается следующим образом: поскольку Основы являются «специальным законом» по отношению к Закону о лицензировании отдельных видов деятельности, то они обладают наибольшей юридической силой по отношению к «общему закону» и в отношениях при оказании медицинских услуг должны применяться нормы специального закона, т.е. «Основ». Однако следует иметь в виду, что устоявшейся практики и официальных разъяснений на этот счет нет, органы управления здравоохранением уклоняются от дачи прямого ответа на этот вопрос, поэтому существует опасность «испробовать на себе» действующие штрафные санкции, но вместе с тем есть и шанс отстоять свою невиновность в суде. Понятно, что в каждом конкретном случае необходимо оценивать ситуацию «на месте» с подготовкой необходимых документов.

4. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

Данным пунктом дается свобода договора относительно требований к ПМУ, к их объему и срокам оказания – по усмотрению сторон, если это не входит в противоречие с иными нормативными источниками, например, стандартами и порядками.

5. Настоящие Правила в наглядной и доступной форме доводятся исполнителем до сведения потребителя (заказчика).

Это также обычное требование к оказанию ПМУ.

II. Условия предоставления платных медицинских услуг

6. При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам

медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа).

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

Как видим, по отношению к исполнителю ПМУ установлена обязанность предоставления информации о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи бесплатно. Здесь содержатся 2 процедурных момента: во-первых, информация предоставляется «при» заключении договора; во-вторых, «в доступной форме».

На практике это означает, что обязательным указанием в договоре должен быть пункт о том, что такая информация потребителю реально была предоставлена, о чем в конце договора ставится его подпись.

Следующий п. № 7 относится к МО, которые наряду с ПМУ оказывают и бесплатные медицинские услуги: все муниципальные и государственные ЛПУ, а также частные клиники, участвующие в ОМС. Данным пунктом вводятся ограничения для предоставления такими МО ПМУ (т.е. не полная свобода договора, как в случае с «чисто частной МО»).

7. Медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

Как следует из данного пункта, правом на оказание ПМУ МО, оказывающая еще и бесплатные медицинские услуги, обладает в случае оказания таких ПМУ на иных условиях, чем в аналогичных медицинских услугах по ОМС. В качестве примера иных условий прямо указываются:

- индивидуальный пост;
- лекарственные препараты, не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их применение не является вынужденным;
- медицинские изделия и лечебное питание, не включенные в стандарт.

С нашей точки зрения, данные требования достаточно понятны и просты в применении. Вместе с тем, перечень «иных условий» не является закрытым, значит можно предоставлять и какие-то другие «иные условия» при оказании ПМУ, однако ввиду прямого указания в Правилах только на вышеуказанные «условия» любая самостоятельность в данном вопросе повышает вероятность штрафных санкций со стороны контролирующих органов и суда.

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

Как следует из данного пункта, если пришедший в районную поликлинику гражданин не желает называть своего имени (строго говоря, не предъявляет документ, удостоверяющий личность и имеются сомнения в его добросовестности), то с него можно смело брать деньги за предоставленные медицинские услуги, даже если все эти услуги включены в бесплатные программы.

Что касается случаев получения медицинских услуг анонимно, «предусмотренных законодательством РФ», то в нормативных источниках нами обнаружено только два таких случая:

1) при донорстве ооцитов, когда донорами ооцитов могут быть анонимные доноры.

(п. 6.1. Приказа Минздрава РФ от 26.02.2003 № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия») и

2) анонимное обследование на СПИД (Приложение 1, Закон Пермского края от 21.12.2011г. № 887-ПК (ред. от 28.08.2012) «О Программе государственных гарантий оказания населению Пермского края

бесплатной медицинской помощи на 2012 год» (принят ЗС ПК 01.12.2011г.))

Данная норма о предоставлении платных медицинских услуг анонимно согласуется с п/п 2 п.5 ст. 84 новых Основ. Действительно, если пациент не называет своего имени (не предъявляет паспорт, и нет иных способов удостоверить его личность и при этом имеются сомнения в его добросовестности), то в этом случае расходы данной поликлиники за оказанную медицинскую помощь такому «анониму» ни из каких источников возмещены не будут, поэтому единственным способом получить оплату такой медицинской помощи в данном случае является «наличный расчет».

Строго говоря, при оказании платных медицинских услуг совсем не обязательно указывать ФИО больного. Законодательство, как мы видим, совсем не обязывает медицинские организации указывать ФИО пациента, получающего ПМУ. Требовать от пациента паспорт нужно всего лишь по двум причинам: 1) для последующей оплаты медицинской помощи по линии бюджета, ОМС или ДМС; 2) при оформлении официальных справок и документов, влекущих юридические последствия. Таким образом, если пациент вносит плату за лечение и медицинская организация не оформляет для него именных документов об оплате, то и его паспорт не требуется. В этих случаях достаточно записать ФИО со слов самого гражданина или написать «аноним» / «анонимно».

в) 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;

Данный пункт достаточно ясен, однако для исключения претензий контролирующих органов при появлении иностранного гражданина без полиса ОМС желательно проверить в справочной правовой системе наличие международного договора России с государством, резидентом которого является пациент.

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой спе-

циализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

Данный пункт перенесен из п/п 4 п 5 ст. 84 новых Основ. Для справки: ст. 21 Основ регламентирует порядок выбора пациентом МО. Иными словами, если гражданин по собственной инициативе обращается в другую, а не в ту МО, которую он выбрал на общих основаниях (в плановом порядке), то такая медицинская помощь оказывается ему за плату. Естественно, что взимание платы при оказании скорой, неотложной или экстренной помощи недопустимо.

8. Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями, устанавливается органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей.

Медицинские организации иных организационно-правовых форм определяют цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги самостоятельно.

Данный пункт устанавливает, что для бюджетных и казенных учреждений учредитель устанавливает «порядок определения цен». Это значит, что учредитель дает не конкретные цифры, а только методику их расчетов.

9. При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Данный пункт согласуется с Основами в той части, что с 01.01.2013 г. применение порядков оказания медицинской помощи стало обязательным.

10. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Также достаточно ясный для понимания и четко сформулированный пункт. Единственный момент, который необходимо отразить в документации – это просьбу пациента о предоставлении ему отдельных услуг (т.е. не в точном соответствии со стандартом).

III. Информация об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах

11. Исполнитель обязан предоставить посредством размещения на сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) медицинской организации информацию, содержащую следующие сведения:

а) для юридического лица - наименование и фирменное наименование (если имеется);

для индивидуального предпринимателя - фамилия, имя и отчество (если имеется);

б) адрес места нахождения юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

адрес места жительства и адрес места осуществления медицинской деятельности индивидуального предпринимателя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

д) порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;

е) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

ж) режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

з) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

12. Информация, размещенная на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации, предоставляющей платные медицинские услуги. Информационные стенды (стойки) располагаются в доступном для посетителей месте и оформляются таким образом, чтобы можно было свободно ознакомиться с размещенной на них информацией.

Данными пунктами определяется перечень сведений, которые исполнитель ПМУ обязан разместить в 2-х местах: на сайте и на стенде. Относительно п. «е», сведения о медицинских работниках, строго, говоря, можно размещать в открытом доступе, получив на это письменное согласие работников (на раскрытие персональных данных).

13. Исполнитель предоставляет для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика:

а) копию учредительного документа медицинской организации - юридического лица, положение о ее филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг, либо копию свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией.

Данный пункт не вызывает вопросов по его применению. Данные сведения предоставляются потребителю независимо от того, будет ли заключаться договор или нет.

В противоположность этому следующий пункт предусматривает перечень сведений, предоставляемых по требованию потребителя при заключении договора

14. При заключении договора по требованию потребителя и (или) заказчика им должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

Следующий пункт может вызывать некоторое замешательство при его реализации:

15. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Если прямо следовать указанию данного пункта, то в документообороте МО появляется еще одна дополнительная «бумажка» - уведомление потребителя. Однако мы считаем допустимым и не противоречащим данному требованию включение данного «уведомления» непосредственно в текст Договора, поскольку моментом «заключения договора» является момент его подписания сторонами. Если данное «уведомление» впечатать выше подписей сторон, это автоматически будет означать, что потребитель прочитал данное уведомление. Можно также предусмот-

реть дополнительное место для подписи потребителя непосредственно под тем, что он уведомлен об информации, предусмотренной данным пунктом Правил.

IV. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

16. Договор заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме.

Как видим, Правила предусматривают только письменную форму договора, поэтому иные формы, например, «публичная оферта с акцептом» или просто факт выдачи чека не допускается, уже хотя бы потому, что в чеке отсутствуют обязательные (существенные) условия договора.

И все же, что грозит медицинской организации, если она не заключит с потребителем письменный договор. Такая ответственность косвенно предусмотрена п. 1 ст. 14.8 КоАП РФ (Нарушение иных прав потребителей) и предусматривает штраф на юридическое лицо от 5 до 10 тысяч рублей.

17. Договор должен содержать:

а) сведения об исполнителе:

наименование и фирменное наименование (если имеется) медицинской организации - юридического лица, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

фамилия, имя и отчество (если имеется) индивидуального предпринимателя, адрес места жительства и адрес места осуществления медицинской деятельности, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об индивидуальном предпринимателе в Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа;

б) фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);

фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;
наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица;

Все перечисленные требования довольно просты для изложения в тексте договора. Единственное требование, которое нам показалось странным – это обязательность включения в Договор перечня работ (услуг) в соответствии с лицензией. Интересно, как авторы Правил представляют себе реальное выполнение данного пункта? Хорошо, если у МО пролицензирован только один вид деятельности. А если их 20, 40 и т.п. как у большинства многопрофильных клиник? Зачем включать их все в договор, если пациенту нужна услуга только, например, по стоматологии? Данным пунктом опять из медицинской организации пытаются сделать «печатную фабрику». Поэтому наличие в Правилах данного пункта нам представляется нецелесообразным и излишне нагрузочным для деятельности МО, тем более, что Правила уже и так требуют разместить данную информацию в двух доступных местах: на стенде и на сайте. В качестве «облегченного варианта» в тексте договора можно дать ссылку на то, что перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего Договора (приложением к настоящему Договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». Но в этом случае имеется вероятность придирок со стороны контролирующих органов, особенно при формальном и субъективном подходе к оценке документов МО.

Что касается заполнения сведений о «потребителе» и «заказчике», то в абсолютном большинстве случаев – это одно и то же лицо, поэтому для экономии времени заполнения этих пунктов можно указать: «Потребитель (он же заказчик)» и заполнять только те строчки, где указан «потребитель».

Также вопросы возникают при реализации следующего пункта:

в) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

Как видим, здесь императивно указывается, что договор должен содержать перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в со-

ответствии с договором. Выполнить данное требование бывает просто при «простых» медицинских услугах, например: «УЗИ желчного пузыря». Если же речь идет о комплексе медицинских услуг, а тем более, когда необходимость выполнения последующей медицинской услуги заранее определить невозможно (например, при зубном протезировании), выполнить указание данного пункта бывает просто нереально.

Раньше в Договоре медицинские услуги, как правило, формулировались одной общей фразой, например, «стоматологические услуги», «услуги по коррекции формы живота» и т.п. с добавлением фразы о том, что конкретный перечень ПМУ определяется согласованием между потребителем и исполнителем в зависимости от желания потребителя и возможностей исполнителя.

Однако сейчас такая простая и, на наш взгляд, логичная формулировка не соответствует требованиям новых Правил, поэтому договор должен содержать четкий перечень оказываемых услуг (возможно оформление Дополнительного соглашения к договору с дописыванием в нем конкретных услуг).

Есть еще один резон все же тратить повышенное количество бумаги на оформление даже самой мелкой медицинской услуги. По судебной практике, отдельные судьи при наличии одного общего договора расценивают множественные медицинские услуги как «единую услугу» и если экспертиза установит дефект, например, в протезировании даже двух из 32-х зубов, то по решению суда с МО взыскивается полная стоимость всех услуг по договору, даже если остальные 30 зубов сделаны идеально. Конечно, такой подход граничит с маразмом, но если бы не было подобной судебной практики, то можно было бы спокойно ограничиться единым договором на все оказываемые пациенту медицинские услуги.

Остальные пункты Правил обычно не вызывают вопросов по их применению.

г) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

д) условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;

е) должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени исполнителя, и его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) потребителя (заказчика) и его подпись.

В случае если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени заказчика;

ж) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

з) порядок изменения и расторжения договора;

и) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

18. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя.

В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

19. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию потребителя (заказчика) или исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

20. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика).

Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

21. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

22. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

23. Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

24. Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

25. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

26. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

V. Порядок предоставления платных медицинских услуг

27. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

28. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

29. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

30. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

VI. Ответственность исполнителя и контроль за предоставлением платных медицинских услуг

31. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

32. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

33. Контроль за соблюдением настоящих Правил осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий.

Таким образом, новые Правила предоставления ПМУ содержат достаточно четкие требования к осуществлению данного вида деятельности, как частной клиникой, так и муниципальным (государственным) ЛПУ, а также индивидуальным предпринимателем. Форма договора всегда должна быть письменной, причем каждая услуга должна быть выде-

ла отдельно либо в перечне, включенном в «тело» договора, либо в Дополнительном соглашении или путем оформления отдельного договора (что безопаснее для исполнителя в случае предъявления претензий со стороны потребителя).

По новым правилам у МУЗ теперь нет обязанности получать разрешение на оказание ПМУ от учредителя.

Обращаем внимание, что в «шапке договора» необходимо указать не только ФИО лица, подписавшего договор от имени исполнителя, но и его должность.

Для гарантированного соблюдения всех требований Правил можно механически перенести содержание данного Постановления в соответствующие пункты договора, не забыв при этом оформить письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, выдать медицинский документ по проведенным ПМУ и подписать Акт сдачи-приемки выполненных работ (оказанных услуг)

Образцы разработанных нами на основе данного Постановления и опробованных в судах договоров на ПМУ, а также информированных добровольных согласий, отказов и т.п. содержатся в соответствующих приложениях к настоящей брошюре и вывешиваются на нашем сайте (могут быть высланы по электронной почте).

ПРИЛОЖЕНИЯ

**В Т.Ч. ПРИМЕРНЫЕ ВАРИАНТЫ ДОКУМЕНТОВ,
ОФОРМЛЯЕМЫХ С ПАЦИЕНТАМИ**

**Обязанности лечащего врача и руководителя
медицинской организации**

(наряду с обязанностью качественного оказания медицинской помощи и соблюдения всех прав пациентов)

№	Суть обязанности	Правовое ос- нование	Санкция за неис- полнение
1	Информировать гра- ждан о возможности выбора мед. органи- зации	ст.21 п. 4 «Ос- нов»	п. 1 и 3 ст. 14.8 КоАП РФ (долж. лица – до 1 т.р., юрл.–до 10 т.р.)
2	Разъяснение пациен- там характер и по- следствия медицин- ского вмешательства, а также отказа	ст. 20 п.1, п. 4 «Основ»	п. 1 и 3 ст. 14.8 КоАП РФ (должн. лица – до 1 т.р., юрл. – до 10 т.р.)
3	Сообщение в феде- рал. и региональный орган управл. здра- воохран. о серьезных нежелательных эф- фектах лекарствен. препаратов и меди- цинских изделий	ст.73 п. 2 п/п 5; ст. 96 п. 3 «Ос- нов»	Ст. 19.7 КоАП РФ (должн. лица – до 500 р., юрлица – до 5 т.р.)
4	Информирование граждан об уровне образования и ква- лификации меди- цинских работников	ст. 79 п.1 п/п 7 «Основ».	п. 1 и 3 ст. 14.8 КоАП РФ (должн. лица – до 1 т.р., юрлица – до 10 т.р.)
5	Информирование пациента об участии в оказании ему ме- дицинской помощи обучающимися	ст. 77 п. 6 «Ос- нов».	п. 1 и 3 ст. 14.8 КоАП РФ (должн. лица – до 1 т.р., юрлица – до 10 т.р.)
6	Информирование органов внутренних дел о поступлении пациента, постра-	ст. 79 п. 1 п/п 9. «Основ»	ст. 19.7 КоАП РФ (должн. лица – до 500 р., юрлица – до 5 т.р.)

	давшего от противоправных действий		
7	Сообщение в федеральный орган управления здравоохранением о конфликте интересов при взаимоотношениях с «фармкомпаниями»	ст. 75 п. 2. «Основ»	ст. 19.7 КоАП РФ (должн. лица – до 500 р., юрлица – до 5 т.р.)
8	Осуществление деятельности, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии	ст. 73 п. 1 «Основ»	Не искл. примен. п. 3 ст. 14.1 КоАП РФ (д.лица–до 4 т.р., юрл.–до 40т.р.) п. 2 ст. 19.20 КоАП РФ (д.. лица – до 10 т.р., юрл.– до 100 т.р.)
9	Осуществление страхования гражданской ответственности	ст. 79 п. 1 п/п 10). «Основ»	Действующим законодательством РФ напрямую не предусмотрена
10	Направлять уведомление в ФМС о прибытии (убытии) иностранного гражданина в больницу	п 44; 45 Постанов. Прав. РФ № 9 от 15.01.07.	п. 2 ст. 18.11 КоАП РФ (должн. лица – до 50 т.р., юрлица – до 500 т.р.)
11	При оказании платных услуг информировать пациента о возможности бесплатного получения медикаментов, мед.изделий, мед.помощи в рамках Программы госгарантий	ст. 70 п. 4, ст. 79 п.1 п/п 3 «Основ»	п. 1 и 3 ст. 14.8 КоАП РФ (должн. лица – до 1 т.р., юрл.–до 10 т.р.) п. 3 ст. 14.1 КоАП РФ (должн. лица – до 4 т.р., юрл –до 40 т.р.) п. 2 ст. 19.20 КоАП РФ (должн. лица–до 10 т.р. юрл–до 100 т.р.)

12	До заключения договора платных услуг уведомлять пациента в письменной форме о необходимости соблюдения указаний врача	П. 15 Пост. Прав РФ № 1006 от 04.10.2012 (Правила предоставления платных мед услуг)	п. 1 и 3 ст. 14.8 КоАП РФ (должн. лица – до 1 т.р., юрлица – до 10 т.р.)
13	Соблюдение врачебной тайны	Ст. 13 «Основ»	ст. 13.14 КоАП РФ (должн. лица – от 4 т.р. до 5 т.р. Также возможно применение ст.13.12., 13.13, 13.20, 13.25 КоАП РФ, ст. 137, 138 УК РФ а также взыскание моральн. вреда в соотв. с ГК РФ
14	Соблюдение требований законодательства в сфере обработки персональных данных	ФЗ РФ «О персональных данных»	Ст. 13.11 КоАП РФ (должн. лица – от 0,5 т.р. до 1 т.р., юрл. от 5 т.р. До 10 т.р. Также возможно применение ст. 13.14, ст.13.12., 13.13, 13.20, 13.25 КоАП РФ, ст. 137, 138 УК РФ а также взыскание морального вреда в соотв. с ГК РФ

Обязательное письменное оформление
(согласно новым требованиям законодательства)

№	Статья, пункт	Правовая ситуация
1	Ст. 13, п. 3 «Основ»	Согласие на разглашение врачебной тайны
2	Ст. 20, п. 7 «Основ»	Согласие на мед. вмешат-во и отказ от мед. вмешат-ва
3	Ст. 22, п. 5 «Основ»	Заявление на получение выписок и копий медицинских документов
4	Ст. 47, п. 6 «Основ»	Волеизъявление по изъятию органов для трансплантации (можно в устной форме при свидетелях)
5	Ст. 55, п. 10 «Основ»	На «работу» суррогатной матерью от самой женщины и от ее мужа
6	Ст. 57 «Основ»	При медицинской стерилизации
7	Ст. 59, п. 5 «Основ»	Для внесения в листок нетрудоспособности диагноза заболевания
8	Ст. 67, п. 3 «Основ»	Отказ от патологоанатомического вскрытия
9	Ст. 68, п. 1 «Основ»	Для использования органов умершего в медицинских, научных и учебных целях
10	Ст. 70, п. 3 «Основ»	Для уведомления руководителя об отказе врача от проведения аборта

11	Ст. 75 «Основ»	П. 2. Для информирования врачом руководителя ЛПУ о конфликте интересов с фармкомпанией П. 3. Для информирования руководителем ЛПУ Минздрав РФ о конфликте интересов с фармкомпанией
12	П.15 Пост. Прав.РФ № 1006 от 04.10.2012 Порядок предост. платных мед усл.	До заключения договора уведомление в письменной форме пациента о необходимости соблюдения указаний врача

Наиболее близко нарушениям по соблюдению письменного оформления указанных в Приложении «*Обязательное письменное оформление (согласно новым требованиям законодательства)*» документов соответствуют санкции следующих статей КоАП РФ (нарушения лицензионных условий и нарушение прав потребителей):

- 1) п. 3 ст. 14.1 КоАП РФ (должн. лица – до 4 т.р., юрлица – до 40 т.р.)
- 2) п. 4 ст. 14.1 КоАП РФ (должн. лица – до 5 т.р., юрлица – до 50 т.р. или административное приостановление деятельности на срок до 90 суток)
- 3) п. 2 ст. 19.20 КоАП РФ (должн. лица – до 10 т.р., юрлица – до 100 т.р.)
- 4) п. 3 ст. 19.20 КоАП РФ (должн. лица – до 15 т.р., юрлица – до 150 т.р. или административное приостановление деятельности на срок до 90 суток);
- 5) п. 1 и 3 ст. 14.8 КоАП РФ (должн. лица – до 1 т.р., юрлица – до 10 т.р.).

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПО ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ И ПЕРСОНАЛЬНЫМ ДАННЫМ

Административный контроль в данной сфере осуществляет РОСКОМНАДЗОРОМ.

В случаях нарушения требований законодательства теоретически возможно применение мер прокурорского реагирования, наступление гражданско-правовой и уголовной ответственности.

КоАП РФ:

Статья 13.11. Нарушение установленного законом порядка сбора, хранения, использования или распространения информации о гражданах (персональных данных)

Статья 13.12. Нарушение правил защиты информации

Статья 13.13. Незаконная деятельность в области защиты информации

Статья 13.14. Разглашение информации с ограниченным доступом

Статья 13.20. Нарушение правил хранения, комплектования, учета или использования архивных документов

Статья 13.25. Нарушение требований законодательства о хранении документов

УК РФ:

Статья 137. Нарушение неприкосновенности частной жизни

Статья 138. Нарушение тайны переписки, телефонных переговоров, почтовых, телеграфных или иных сообщений

Статья 140. Отказ в предоставлении гражданину информации

ГК РФ:

Статья 150. Нематериальные блага

Статья 151. Компенсация морального вреда

ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № ____

г. Пермь

«__» _____ 2013

Медицинская организация _____ «_____»,
именуемая в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице _____
(должность и Ф.И.О.), действующего (ей) на основании _____,
с одной стороны, и

_____,
именуемый (ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, с другой
стороны, заключили настоящий Договор в пользу _____,
именуемого (ой) в дальнейшем «**Потребитель**», о следующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Наименование и фирменное наименование (если имеется):

_____;

1.1.2. Адрес места нахождения: _____;

1.1.3. Адрес (а) мест (а) оказания медицинских услуг: _____;

1.1.3. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: _____;

1.1.4. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: _____.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего Договора (приложением к настоящему Договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

1.2. Сведения о Потребителе (если Потребителем (пациентом) является сам Заказчик, то в п. 1.2.1. Договора вписывается слово «Заказчик»):

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя):
_____.

1.3. Сведения о Заказчике:

1.3.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон Заказчика (заполняется, если Заказчик физическое лицо): _____.

1.3.2. Наименование и адрес места нахождения Заказчика (заполняется, если Заказчик – юридическое лицо):
_____.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг и сроки их оказания указываются (содержатся) в Дополнительном соглашении, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.2. При заключении Договора Заказчику (Потребителю) предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, о возможных видах медицинского вмешательства их

последствиях и результатах оказания медицинской помощи (по требованию Потребителя);

- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

Стоимость конкретных платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю, указывается (содержится) также в Дополнительном соглашении, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон.

Заказчик (Потребитель) ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

3.3. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

3.4. Исполнитель разъясняет, а Заказчик (Потребитель) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.5. По требованию Заказчика (Потребителя) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую дея-

тельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя).

4.8. Заказчик (Потребитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Потребителя), в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

6.2. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует в течение 5 (пяти) лет.

7.2. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются одним физическим лицом (совпадают), Договор составляется в 2 (двух) экземплярах, а в п.п. 1.2. и 8.2. Договора вписывается слово «Заказчик». При этом все условия Договора, относящиеся как к Заказчику, так и к Потребителю (пациенту) – относятся к одному лицу – к Заказчику.

В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются разными лицами (не совпадают), Договор составляется в 3 (трех) экземплярах.

7.3. Договор составлен в двух/трех (*ненужное зачеркнуть*) экземплярах, по одному – для каждой из Сторон.

8. ПОДПИСИ СТОРОН

До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Заказчика (Потребителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Подпись Потребителя: _____ / _____

Подпись Заказчика: _____ / _____

8.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ (должность, фамилия, имя и отчество (если имеется) лица, заключающего Договор от имени Исполнителя):

Подпись лица, заключающего Договор от имени Исполнителя:

8.2. ПОТРЕБИТЕЛЬ (фамилия, имя и отчество (если имеется):

Подпись Потребителя: _____

8.3. ЗАКАЗЧИК (должность лица, заключающего Договор от имени Заказчика (если Заказчик – юридическое лицо), фамилия, имя и отчество (если имеется): _____

Подпись Заказчика (либо лица, заключающего Договор от имени Заказчика – юридического лица): _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____
К ДОГОВОРУ ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
№ _____ от «___» _____ 2012

г. Пермь

«___»

_____ 2013

Медицинская организация _____
«_____», именуемая в дальнейшем «**Исполнитель**», в
лице _____ (должность и Ф.И.О.), дейст-
вующего (ей) на основании _____, с одной стороны, и
_____, именуемый (ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с другой сторо-
ны, с другой стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение
к Договору в пользу _____ именуемого (ой) в дальнейшем
«**Потребитель**», о следующем.

1. Исполнитель оказывает Потребителю следующие платные ме-
дицинские услуги на следующих условиях:

№	Перечень платных медицинских услуг	Объем ра- бот и услуг	Сроки ока- зания	Стоимость

2. Общая стоимость оказываемых по настоящему Дополни-
тельному соглашению составляет: _____ (_____) рублей
___ копеек. Без НДС.

3. Порядок и сроки оплаты (указать «по Договору», либо пропи-
сать иной порядок и сроки): _____.

4. Подписи сторон:

4.1. Исполнитель (должность, фамилия, имя и отчество (если имеется)
лица, заключающего Договор от имени Исполнителя): _____

Подпись лица, заключающего Договор от имени Исполнителя: _____

4.2. Потребитель (фамилия, имя и отчество (если имеется): _____)

Подпись Потребителя: _____

4.3. Заказчик (должность лица, заключающего Договор от имени Заказчика (если Заказчик – юридическое лицо), фамилия, имя и отчество (если имеется): _____)

Подпись Заказчика (либо лица, заключающего Договор от имени Заказчика – юридического лица): _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____ (Ф.И.О.),
в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об
основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **даю ин-
формированное добровольное согласие на медицинское вмешательст-
во, т.е. на оказание мне / моему ребенку (нужное подчеркнуть) сле-
дующих медицинских услуг:** _____ .

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном
риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского
вмешательства.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моего
здоровья, моего заболевания, осведомлен (а) об альтернативных мето-
дах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возник-
нуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анесте-
зию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует опреде-
ленная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и
осложнений:

- _____;
- аллергические реакции и др.

Я ознакомлен (а) со всеми требованиями и рекомендациями, которые
обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекоменда-
ций врача может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окон-
чании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмеша-
тельстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я доб-
ровольно **соглашаюсь** на медицинское вмешательство.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания,
осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтерна-
тивных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые
могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства,
включая анестезию и прием лекарственных средств.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____
(указать какие, если имеются исключения).

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: _____ (указать какие, если имеются исключения).

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура (ненужное вычеркнуть).

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам: _____.

Ф.И.О. ребенка (если медицинское вмешательство будет осуществлено в отношении пациента, не достигшего возраста 15-лет):

Фамилия, инициалы и подпись пациента: _____

Фамилия, инициалы и подпись врача: _____

Дата: «__» _____ 2012 г.

Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста (в общей практике, т.е. за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

наименование медицинской организации

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, гр. _____, в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона» **отказываюсь от медицинского вмешательства:** _____

_____, предложенного мне врачом _____
(фамилия, инициалы врача)

по поводу _____,
(общие указания о характере заболевания, патологии)
осуществляемое **в отношении меня / несовершеннолетнего** (ненужное зачеркнуть): _____
(Ф.И.О., дата рождения несовершеннолетнего, если мед. вмешательство осуществляется в отношении несовершеннолетнего).

В соответствии с ч. 4 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в доступной для меня форме были разъяснены возможные последствия такого отказа, в частности: _____ и др., а также была предоставлена вся интересующая меня информация о состоянии моего здоровья, даны исчерпывающие ответы на вопросы.

Я уведомлен (а) и согласен (а) с обработкой и передачей моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оформления настоящего отказа.

Ф.И.О. и дата рождения несовершеннолетнего (если медицинское вмешательство планировалось осуществить в отношении пациента, не достигшего возраста 15-лет): _____.

Ф.И.О. и подпись пациента (законного представителя пациента):

Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника:

Дата: « ____ » _____ 2012 г.

Примечание.

В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» отказ от медицинского вмешательства подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста (в общей практике, т.е. за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

В случае отказа пациента от подписи заполняется нижеследующая форма:

Гр. _____ от подписи об отказе от медицинского вмешательства и разъяснении возможных последствий отказа отказался (лась).

Информация о необходимости медицинского вмешательства с указанием возможных последствий отказа до его (ее) сведения доведена врачом _____.

Подписи свидетелей (не менее 2

_____ (_____);

_____ (_____).

Дата: « ____ » _____ 2012 г.

наименование медицинской организации

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

адрес _____, паспорт серия _____
номер _____ выдан _____ (кем, когда),

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ **даю согласие на обработку моих персональных данных.**

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных: _____

Юридический адрес: _____

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболевания, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иные действия.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Дата «___» _____ 20___ г.

Подпись гражданина _____ / _____ /

Подпись оператора _____ / _____ /

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Пермского края « _____ »

П Р И К А З

« ____ » _____ 2012 г.

№ _____

Об утверждении Порядка приема представителей
фармацевтических компаний, производителей
или продавцов медицинских изделий

На основании п. 5 ч. 1 ст. 74 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемый Порядок приема представителей фармацевтических компаний, производителей или продавцов медицинских изделий.
2. Работникам ГБУЗ « _____ » осуществлять прием представителей фармацевтических компаний, производителей или продавцов медицинских изделий согласно утвержденному Порядку.
3. Отделу кадров ознакомить с настоящим приказом лиц, чьи права им затрагиваются.
4. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач _____ / _____

Порядок приема представителей фармацевтических компаний, производителей или продавцов медицинских изделий

1. Порядок приема представителей фармацевтических компаний, производителей и продавцов медицинских изделий утвержден на основании п. 5 ч. 1 ст. 74 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и определяют порядок приема медицинскими работниками и руководителями ГБУЗ «_____» представителей фармацевтических компаний, производителей или продавцов медицинских изделий в целях их участия в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня.

2. Прием организаций, занимающихся разработкой, производством и (или) реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий, организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их представителей, иных физических и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени этих организаций) (далее соответственно - компания, представитель компании) осуществляется медицинскими работниками и руководителями ГБУЗ «_____» по предварительному согласованию с _____ (например, с главным врачом ГБУЗ «_____»).

3. Согласование времени и даты приема представителя компании осуществляется по предварительному (не менее чем за 5 рабочих дней до даты приема) обращению представителя компании на имя главного врача ГБУЗ «_____», направленному в письменном виде в адрес ГБУЗ «_____», по электронной почте _____ или посредством факсимильной связи по номеру (342) _____. В обращении должны быть указаны темы обсуждения.

Рекомендуемые дни недели и время, в которое возможен прием представителя компании: _____

4. Медицинские работники принимают участие в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня, с участием представителей компаний в свободное от оказания медицинской помощи время.

5. В соответствии с ч. 1 ст. 74 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

медицинские работники и руководители ГБУЗ « _____ » не вправе:

Принимать от компаний, представителей компаний подарки, денежные средства (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, в связи с осуществлением медицинским работником педагогической и (или) научной деятельности), в том числе на оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха, а также принимать участие в развлекательных мероприятиях, проводимых за счет средств компаний, представителей компаний.

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

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

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

Осуществлять прием представителей фармацевтических компаний, производителей или продавцов медицинских изделий, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Порядком и законодательством Российской Федерации.

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.

6. За нарушения требований настоящего Порядка работники и руководители ГБУЗ « _____ », а также компании, представители компаний несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.