медицинское право - совокупность юридических норм (установленных, санкционированных государством, международными организациями), регулирующих общественные отношения в сфере медицинской деятельности, в том числе в системе медицинского обеспечения права на жизнь и здоровье, физической и психической неприкосновенности, а равно по оказанию медицинских услуг. Это также действия или деятельность медицинских работников по сохранению, предоставлению пациентам достоверной информации об их диагнозе, динамике болезни, методах и предполагаемых конечных результатах лечения, врачебной тайны, трансплантации органов и тканей человека, вопросов эвтаназии, судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз и т.д.\*(2)

На сайте Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) опубликована Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года (далее - Концепция). Как отмечается в ее общих положениях, она представляет собой анализ состояния здравоохранения в Российской Федерации, а также основные цели, задачи и способы его совершенствования на основе применения системного подхода. Согласно тексту Концепции ее правовое обеспечение предусматривает как издание новых законодательных актов, так и совершенствование действующего законодательства, которое должно осуществляться поэтапно. С этим тезисом сложно не согласиться.

Прежде всего требовалась конкретизация государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, что определялось требованием принятия блока норм, опосредующих финансирование медицинской помощи и ее отдельных видов (бюджетное законодательство, законодательство о медицинском страховании, законодательство о медицинских услугах, оказываемых населению за счет средств граждан и организаций). Кроме того, основные элементы системы здравоохранения, т.е. непосредственные участники медицинской деятельности, не были должным образом представлены в законодательстве. Не случайно в рамках анализа Концепции отмечается необходимость законодательного уточнения правового статуса основных участников здравоохранительных правоотношений (пациента, врача, медицинской сестры, провизора, фармацевта и др.). В изменениях и дополнениях нуждаются как общие нормы о правовом статусе таких участников (например, до настоящего времени четко не определены обязанности пациента), так и специальные нормы (например, права и обязанности пациента и медицинского работника в психиатрии)\*(4).

Несмотря на наличие стратегических документов развития здравоохранения, пока они остаются в качестве проектов путей долгосрочной модернизации медицинской сферы. В то же время потребность решения возникающих в медицинской деятельности проблем в отсутствие системной логики развития медицинского права остро поднимает вопрос о заполнении пробелов правового регулирования многочисленными законодательными инициативами. Не случайно в литературе отмечается нарастание в рассматриваемой сфере количества законопроектов (более 120), находящихся на рассмотрении в Государственной Думе РФ\*(5). Такая практика в известной степени также продиктована недовольством экспертов, фактически выступающих в качестве невольных инициаторов в разработке специалистами законопроектов в отдельных направлениях медицинской деятельности\*(6).

Обеспечение целостности правовой системы здравоохранения, безусловно, требует постоянного отслеживания всего жизненного цикла уже принятых и действующих законов (включая этапы их изменений и дополнений) и отслеживание по установленным параметрам практики их применения в процессе деятельности органов исполнительной власти\*(7).

При этом увеличение количества нормативных актов не решает проблему правового регулирования, а, наоборот, усиливает сложившиеся противоречия в действующей системе медицинского законодательства. Все правовые пробелы, а в некоторых случаях и явные нормативные противоречия и коллизии требовали выработки новых подходов и принципов к их регулированию и решению именно на законодательном уровне. Логика работы по решению системных проблем в здравоохранении логично вписывалась в разработку и принятие самостоятельного нормативного акта, определяющего правовую основу системы здравоохранения на современном этапе. Закон об охране здоровья выступает системообразующим актом для всех иных федеральных законов, входящих в спектр законодательства о здравоохранении.

Решающая роль данного нормативного акта в правовом регулировании подтверждается также нормативными установлениями о том, что нормы об охране здоровья граждан других нормативных актов не должны противоречить Закону (ч. 2 ст. 3), при несоответствии Закону норм иных актов применяются нормы Закона (ч. 3 ст. 3). Кроме того, законодатель воспринял конституционный принцип (п. 4 ст. 15 Конституции РФ\*(11)) приоритета норм международного права над нормами внутреннего законодательства.

При этом известная конституционная формула считает общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации частью правовой системы России. Однако по непонятной причине законодатель оставил за рамками законодательства в сфере охраны здоровья указанные положения Основного закона.

Тем не менее Конвенции и рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), а также международные договоры являются источником российского законодательства о здравоохранении и обязательны для использования в практике национального законотворчества и правоприменительной деятельности.

Новый Закон (№ 323-ФЗ) как фундаментальный нормативный акт определяет правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан; права и обязанности человека и гражданина в сфере здравоохранения и гарантии реализации этих прав; полномочия и ответственность федеральных, региональных и местных органов власти России в сфере охраны здоровья граждан; права и обязанности медицинских организаций при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья граждан, а также права и обязанности медицинских и фармацевтических работников.

Закон заменяет ряд нормативно-правовых актов, действовавших в России ранее (в частности, признаны недействующими Основы законодательства 1993 г.). Кроме того, предусмотрен комплексный порядок вступления Закона в силу.

Важной новеллой Закона об охране здоровья является появление дефинитивного аппарата, который определяет наиболее значимые для всей медицинской сферы понятия. Следует отметить, что наличие в законодательстве терминов, применяемых для целей нормативного акта, значительно упрощает его применение в рамках толкования отдельных норм и положений.

Учитывая важность сферы обеспечения охраны здоровья граждан, правильное толкование соответствующих понятий будет способствовать единой правоприменительной практике с учетом специфичности области регулирования.

Впервые на законодательном уровне были закреплены дефиниции, напрямую связанные с оказанием медицинской помощи и определяющие отдельные ее компоненты.

Как следует из содержания комментируемой статьи, законодатель отнес к области охраны здоровья целый ряд ключевых понятий законодательства о здравоохранении, которые находят свое дефинитивное определение.

1. Здоровье. Здоровье характеризует состояние физического, психического и социального благополучия человека. При этом состояние человека можно оценивать как здорового, если при наличии указанных характеристик отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма.

Здоровье человека является качественной характеристикой, складывающейся из набора количественных параметров: антропометрических (рост, вес, объем грудной клетки, геометрическая форма органов и тканей); физических (частота пульса, артериальное давление, температура тела); биохимических (содержание химических элементов в организме, эритроцитов, лейкоцитов, гормонов и пр.); биологических (состав кишечной флоры, наличие вирусных и инфекционных болезней) и др.

Для состояния организма человека существует понятие "норма", когда значения параметров укладываются в определенный, выработанный медицинской наукой и практикой диапазон. Отклонение значения от заданного диапазона может явиться признаком и доказательством ухудшения здоровья. Внешне утрата здоровья будет выражаться в измеримых нарушениях в структурах и функциях организма, изменениях его адаптивных возможностей.

В медико-социальных исследованиях выделяют уровни здоровья:

индивидуальное здоровье - здоровье отдельного человека;

групповое здоровье - здоровье социальных и этнических групп;

региональное здоровье - здоровье населения административных территорий;

общественное здоровье - здоровье популяции, общества в целом.

Согласно уставу ВОЗ "здоровье - это не отсутствие болезни как таковой или физических недостатков, а состояние полного физического, душевного и социального благополучия". Однако это определение не может быть использовано для оценки здоровья на популяционном и индивидуальном уровне. По мнению ВОЗ, в медико-санитарной статистике под здоровьем на индивидуальном уровне понимается отсутствие выявленных расстройств и заболеваний, а на популяционном - процесс снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидности.

2. Охрана здоровья граждан. Это разнонаправленный процесс, предполагающий реализацию системы мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского (в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического)) характера. Данные мероприятия осуществляются комплексно органами государственной власти РФ, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами. Цели реализации указанных мероприятий - профилактика заболеваний, сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи.

3. Медицинская помощь. Это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих предоставление медицинских услуг. При этом медицинская помощь - комплекс не только соответствующих мероприятий, но и технологий, разрешенных к применению на территории РФ. Медицинская помощь оказывается профессионально подготовленными работниками, имеющими на это право в соответствии с действующим законодательством (как правило, врачами-специалистами).

4. Медицинская услуга. В отличие от понятия "медицинская помощь" категория "медицинская услуга" по своему объему имеет более узкое содержание. Под медицинской услугой понимается медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение. В то же время медицинские услуги нередко рассматриваются в качестве вида взаимоотношений по предоставлению медицинской помощи, урегулированного соглашением (договором на оказание медицинской услуги). Данные услуги обычно оказываются на платной основе, т.е. имеет место коммерциализованный характер медицинской деятельности (см. комментарий к ст. 84 Закона).

В договоре обычно указываются: предмет договора (объем и качество предоставляемой медицинской помощи); порядок предоставления и оплаты медицинской помощи; права и обязанности сторон (пациента и медицинского учреждения); ответственность сторон за нарушение принятых на себя обязательств; порядок разрешения споров между сторонами договора. Таким образом, формализованность и определенность медицинской услуги дают каждой стороне договора гарантии как соблюдения собственных прав, так и ответственности за нарушения принятых на себя обязательств.

5. Медицинское вмешательство, как следует из предложенного законодателем определения, - это определенные виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций. Кроме того, к такого рода медицинским манипуляциям отнесено также искусственное прерывание беременности (см. комментарий к ст. 56 Закона). Указанные действия выполняются медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивают физическое или психическое состояние человека и имеют профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность.

6. Профилактика. Профилактика (др. - греч. prophylaktikos - предохранительный) - комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска. Профилактические мероприятия - важнейшая составляющая системы здравоохранения, направленная на формирование у населения медико-социальной активности и мотивации на здоровый образ жизни.

В соответствии с предложенным в Законе определением профилактика в сфере охраны здоровья представляет комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья. Данные мероприятия включают формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направлены на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Выделяют индивидуальную и общественную, включающую систему мероприятий по охране здоровья коллективов, профилактику, предусматривающую соблюдение правил личной гигиены в быту и на производстве:

индивидуальная - меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек. Она практически сводится к соблюдению норм здорового образа жизни, к личной гигиене, гигиене брачных и семейных отношений, гигиене одежды, обуви, рациональному питанию и питьевому режиму, гигиеническому воспитанию подрастающего поколения, рациональному режиму труда и отдыха, активному занятию физической культурой и др.;

общественная - система социальных, экономических, законодательных, воспитательных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и медицинских мероприятий, планомерно проводимых государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения. Меры общественной профилактики направлены на обеспечение высокого уровня общественного здоровья, искоренение причин, порождающих болезни, создание оптимальных условий коллективной жизни, включая условия труда, отдыха, материальное обеспечение, жилищно-бытовые условия, расширение ассортимента продуктов питания и товаров народного потребления, а также развитие здравоохранения, образования и культуры, физической культуры\*(16).

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии можно рассмотреть три вида профилактики:

первичная - система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды и т.д.). Ряд мероприятий первичной профилактики может осуществляться в масштабах государства;

вторичная - комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления;

третичная. Некоторые специалисты предлагают трактовать термин "третичная профилактика" как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию\*(17).

7. Диагностика. Согласно предложенному в Законе определению диагностика представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний. Диагностика осуществляется посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований. Цели диагностики - определение диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

8. Лечение. Как следует из определения, - это комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника. Цель вмешательства - устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни. Синоним слова "лечение" является терапия (греч. [therapeia] - лечение, оздоровление) - процесс, целью которого являются облегчение, снятие или устранение симптомов и проявлений того или иного заболевания, патологического состояния или иного нарушения жизнедеятельности, нормализация нарушенных процессов жизнедеятельности и выздоровление, восстановление здоровья.

Следует обратить внимание на известные медицине формы и методы лечения. Среди них прежде всего следует выделить терапевтические подходы к лечению:

этиотропная терапия - направлена на устранение причины заболевания (например, антибактериальная терапия при инфекционных болезнях);

патогенетическая терапия - направлена на механизмы развития заболевания, применяется при невозможности этиотропной терапии (например, заместительная терапия инсулином при сахарном диабете в связи с недостаточной продукцией этого гормона поджелудочной железой);

симптоматическая (паллиативная) терапия - применяется для устранения отдельных симптомов заболевания (например, применение анальгетиков при боли, жаропонижающих препаратов при "высокой" лихорадке и др.) в дополнение к этиотропной и патогенетической терапии. Паллиативная терапия пациентов при невозможности радикального излечения (терминальная стадия онкологического заболевания и др.) осуществляется в рамках спектра лечебно-социальных мероприятий, называемого паллиативной помощью;

консервативное (нехирургическое) лечение (собственно, терапия) - осуществляется химическими, физическими и биологическими методами:

1) химические и биологические методы являются основными консервативными способами воздействия на больной организм. К их числу относятся фармакотерапия и химиотерапия, фитотерапия, иммунотерапия и фаготерапия;

2) к физическим консервативным методам лечения относятся физиотерапия, массаж и лечебная физкультура, гидротерапия. В большинстве случаев эти методы являются вспомогательными. Физиотерапевтические методы включают воздействия на организм с помощью электромагнитных и звуковых излучений (УВЧ-терапия, магнитотерапия, электрофорез, лазеротерапия, рентгенотерапия и др.);

хирургическое лечение - формально выходит за рамки внутренней медицины (терапии). Применяется в случае невозможности или низкой эффективности консервативного лечения. Тем не менее терапию нельзя логически противопоставлять хирургии, поскольку хирургическое вмешательство - это частный случай лечения (терапии), который должен применяться тогда, когда это необходимо с точки зрения терапевтической программы.

9. Пациент. Пациентом является физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Пациент (лат. patiens - терпящий, страдающий) - это человек. Хотя существует более широкое представление о пациентах, к которым относят любое другое живое существо. Пациент это, кроме того, лицо, пользующееся медицинскими услугами независимо от наличия у него заболевания.

10. Медицинская деятельность. Медицинская деятельность, как следует из предложенного определения, - прежде всего профессиональная деятельность. Это, в частности, означает, что такую деятельность осуществляют профессионалы - медицинские работники, имеющие соответствующую квалификацию.

Указанная профессиональная деятельность включает в том числе проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. Эта деятельность также связана с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Вместе с тем медицинская деятельность предусматривает выполнение работ (услуг) по оказанию доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, высокотехнологичной, скорой и санаторно-курортной медицинской помощи.

11. Медицинская организация. Во-первых, медицинская организация - это юридическое лицо. Согласно ст. 48 Гражданского кодекса РФ (ГК РФ)\*(18) юридическим лицом признается организация, которая имеет в собственности, хозяйственном ведении или оперативном управлении обособленное имущество и отвечает по своим обязательствам этим имуществом, может от своего имени приобретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде.

Во-вторых, медицинская организация - это юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы.

Понятие "организационно-правовая форма" охватывает конкретные виды юридических лиц в их доктринальном разделении (ст. 50 ГК РФ) на коммерческие (преследуют извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности) и некоммерческие (не имеющие извлечение прибыли в качестве такой цели и не распределяющие полученную прибыль между участниками).

Юридические лица, являющиеся коммерческими организациями, могут создаваться в форме хозяйственных товариществ и обществ, производственных кооперативов, государственных и муниципальных унитарных предприятий.

Юридические лица, являющиеся некоммерческими организациями, могут создаваться в форме потребительских кооперативов, общественных или религиозных организаций (объединений), учреждений, благотворительных и иных фондов, а также в других формах.

Как установлено в Законе, медицинская организация осуществляет в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность. Поэтому медицинские организации - это юридические лица, имеющие специальную, строго целевую правоспособность. Это также означает, что иные виды деятельности помимо основной такие организации вправе осуществлять только в той мере, в какой это не противоречит основному виду деятельности. Иные виды деятельности в этом случае выступают в качестве вспомогательных видов.

Как правило, практика создания медицинских организаций связывается с использованием организационно-правовой формы учреждения.

Учреждением признается некоммерческая организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера (ст. 120 ГК РФ). Медицинские учреждения действуют в основном на муниципальном уровне, поэтому распространенной является форма муниципального учреждения здравоохранения (МУЗ).

Примеры медицинских организаций: больница, поликлиника, санаторий, медицинские институты и университеты и др., а также международные медицинские организации.

В-третьих, медицинская деятельность осуществляется на основании лицензии, которая выдается в установленном порядке. Лицензия - специальное разрешение на право осуществления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем конкретного вида деятельности (выполнения работ, оказания услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности). Данное разрешение подтверждается документом, выданным лицензирующим органом на бумажном носителе или в форме электронного документа, подписанного электронной подписью, в случае если в заявлении о предоставлении лицензии указывалось на необходимость выдачи такого документа в форме электронного документа.

В-четвертых, из предложенного законодателем определения следует учесть, что медицинские юридические лица - это организации с наличием не только специальной, но и общей правоспособности, поскольку законодателем для юридического лица предусмотрена возможность наряду с основной (уставной) деятельностью попутно осуществлять медицинскую деятельность. Общая правоспособность, как известно, предполагает открытый перечень видов деятельности и характерна в большей степени для коммерческих структур.

Кроме того, статус медицинской организации в соответствии с комментируемым Законом имеют индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность. Данная норма в некотором смысле основана также на положениях ст. 23 ГК РФ, предусматривающей применение к предпринимательской деятельности граждан, осуществляемой без образования юридического лица, правил гражданского законодательства, которые регулируют деятельность юридических лиц, являющихся коммерческими организациями.

Несмотря на то что обозначенная норма указывает на совпадение статуса гражданина и юридического лица в предпринимательстве только применительно к коммерческим организациям, представляется, что в медицинской сфере аналогичным образом должен решаться вопрос и в отношении некоммерческих организаций.

Отметим, что индивидуальные предприниматели - это физические лица (т.е. граждане), зарегистрированные в установленном порядке и осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица. Гражданин вправе заниматься предпринимательской деятельностью без образования юридического лица с момента государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя.

12. Фармацевтическая организация. Фармацевтические организации как медицинские - это также юридические лица независимо от организационно-правовой формы, и к ним приравниваются также индивидуальные предприниматели, ведущие деятельность по соответствующему профилю.

Отличие состоит в содержании самой деятельности, имеющей фармацевтическое направление. К фармацевтическим организациям законодатель отнес организации оптовой торговли лекарственными средствами, аптечные организации. В свою очередь аптека - особая специализированная организация системы здравоохранения, занимающаяся изготовлением, фасовкой, анализом и продажей лекарственных средств. Аптеку традиционно рассматривают как учреждение здравоохранения, а ее деятельность формулируют как "оказание фармацевтической помощи населению". Фармацевтическая помощь включает процедуру консультирования врача и пациента с целью определения наиболее эффективного, безопасного и экономически оправданного курса лечения.

13. Медицинский работник. Из предложенного законодателем определения категория "медицинский работник" имеет следующие характеристики (составные элементы), а именно медицинский работник - это:

во-первых, физическое лицо, т.е. гражданин;

во-вторых, лицо, которое имеет медицинское или иное образование;

в-третьих, лицо, которое работает в медицинской организации;

в-четвертых, лицо, в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности;

в-пятых, индивидуальный предприниматель, непосредственно осуществляющий медицинскую деятельность.

14. Фармацевтический работник. Понятие "фармацевтический работник" имеет сходную с понятием медицинского работника дефинитивную часть, различающуюся лишь направлением профессиональной деятельности. Фармацевтический работник:

1) физическое лицо;

2) имеет фармацевтическое образование;

3) работает в фармацевтической организации;

4) имеет трудовые обязанности: оптовая торговля лекарственными средствами, их хранение, перевозка и (или) розничная торговля лекарственными препаратами для медицинского применения (лекарственные препараты), их изготовление, отпуск, хранение и перевозка.

15. Лечащий врач. Как следует из определения, это врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

Понятие "лечащий врач" входит в более общую категорию "медицинский работник", поэтому к лечащим врачам следует относить также индивидуальных предпринимателей, занимающихся частной практикой.

16. Заболевание. Это - нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма. Указанные нарушения возникают в связи с воздействием на организм патогенных факторов.

17. Состояние. Предложенный термин "состояние" представлен в медицинском аспекте, причем в его качественной динамической характеристике. С точки зрения медицины "состояние" - изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.

18. Основное заболевание. Это - заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи. При этом наличие основного заболевания связывается с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

В прямой зависимости с основным заболеванием находится фоновое заболевание. Это болезнь, сыгравшая существенную роль в возникновении и неблагоприятном течении основного заболевания, развитии смертельных осложнений. Оно может быть включено в рубрику "основное заболевание". Понятие фонового заболевания введено по решению ВОЗ в 1965 г., вначале его употребляли при формулировании диагноза инфаркта миокарда.

19. Сопутствующее заболевание не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием. Следовательно, степень необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья более низкая по сравнению с основным заболеванием. При этом сопутствующее заболевание само по себе не является причиной смерти. Сопутствующими заболеваниями называют болезни, имеющиеся у больного, но не связанные с основным заболеванием этиологически и патогенетически и имеющие иную номенклатурную рубрификацию.

20. Тяжесть заболевания или состояния. Данная категория представляется в качестве критерия, определяющего степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленных заболеванием или состоянием либо их осложнением.

21. Качество медицинской помощи (КМП). Категория "качество медицинской помощи" комплексная. Качество медицинской помощи является фактором, влияющим на состояние личного и общественного здоровья. На практике оценка качества медицинской помощи пациенту является одним из ключевых проблемных вопросов, возникающих перед организаторами здравоохранения. Под КМП обычно понимается совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки\*(19). КМП представляет совокупность характеристик, отражающих:

1) своевременность оказания медицинской помощи - оказание медицинской помощи по мере необходимости, т.е. по медицинским показаниям, быстро и при отсутствии очередности. Своевременность оказания помощи конкретизирует и дополняет критерий ее доступности и в значительной степени обеспечивается высокоэффективными диагностическими процедурами, позволяющими своевременно начать лечение, высоким уровнем подготовки врачей, стандартизацией процесса оказания помощи и установлением требований к медицинской документации\*(20);

2) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;

3) степень достижения запланированного результата. Эффективность и действенность - соответствие фактически оказанной медицинской помощи оптимальному для конкретных условий результату. Эффективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальную (при имеющихся ресурсах), а не максимальную медицинскую помощь, т.е. соответствовать стандартам качества и нормам этики. Согласно определению ВОЗ оптимальная медицинская помощь - это должное проведение (согласно стандартам) всех мероприятий, которые являются безопасными и приемлемыми в смысле затраченных средств, принятых в данной системе здравоохранения\*(21). Оценка результата представляет собой определение состояния здоровья пациента после лечения и сравнение результатов с эталонными, установленными на основании научных опытов и клинических оценок. Это основные характеристики медицинской помощи, когда ожидаемые результаты сравниваются с реально достигнутыми. В качестве индикаторов результатов чаще всего используются показатели повторной госпитализации и смертности в стационаре.

Ориентированность на пациента, его удовлетворенность означают участие пациента в принятии решений при оказании медицинской помощи и удовлетворенность ее результатами. Этот критерий отражает права пациентов не только на качественную медицинскую помощь, но и на внимательное и чуткое отношение медперсонала и включает необходимость информированного согласия на медицинское вмешательство и соблюдение других прав пациентов.

Статья 3. Законодательство в сфере охраны здоровья

1. Посредством законодательства об охране здоровья происходит закрепление в нормативных правовых актах выработанной государством политики в данной сфере, обеспечивается ее легальный характер, гарантируется ее реализация.

Комментируемой статьей не изменено то понимание уровней структуры законодательства об охране здоровья, которое имелось в Основах законодательства 1993 г. В законодательство об охране здоровья входят как законодательные, так и подзаконные акты федерального и регионального уровней. В соответствии с ч. 1 и 2 рассматриваемой статьи в состав законодательства об охране здоровья граждан не входят нормативные правовые акты иной отраслевой принадлежности, содержащие нормы, регулирующие отношения по охране здоровья граждан. В то же время, исходя из того что комментируемый Закон позиционируется как системообразующий для законодательства об охране здоровья граждан, закреплены требования как о его приоритете над остальными актами в рамках данного законодательного массива, так и о подчинении норм об охране здоровья из актов иной отраслевой принадлежности нормам актов, прямо посвященных регулированию отношений об охране здоровья.

Таким образом, комментируемой статьей установлены две формы правового регулирования отношений по охране здоровья: 1) посредством принятия специальных тематических актов, образующих особую отрасль законодательства Российской Федерации - законодательство об охране здоровья; 2) посредством включения норм, регулирующих какие-то фрагменты отношений по охране здоровья, в нормативные правовые акты другой (иной) отраслевой принадлежности.

Сегодня в сфере охраны здоровья на федеральном уровне существует около двух десятков законодательных актов, непосредственно затрагивающих отношения между органами, организациями, учреждениями и гражданами по оказанию медицинских услуг и иной связанной с ними деятельности. Среди них Федеральные законы: от 30.03.1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"\*(22), от 12.04.2010 г. N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств"\*(23), от 29.11.2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"\*(24), от 08.01.1998 г. N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах"\*(25), от 18.06.2001 г. N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"\*(26), от 17.09.1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней"\*(27), от 30.03.1995 г. N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)"\*(28), от 10.07.2001 г. N 87-ФЗ "Об ограничении курения табака"\*(29); Законы РФ от 02.07.1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"\*(30), от 09.06.1993 г. N 5142-1 "О донорстве крови и ее компонентов"\*(31), от 22.12.1992 г. N 4180-1 "О трансплантации органов и (или) тканей человека"\*(32).

Наибольшей правотворческой активностью в сфере охраны здоровья отличаются Правительство РФ и Минздрав России. В соответствии со ст. 16 Федерального конституционного закона от 17.12.1997 г. N 2-ФКЗ "О Правительстве Российской Федерации" Правительство РФ принимает меры по реализации прав граждан на охрану здоровья, по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия, включая принятие нормативных правовых актов, предусмотренных ст. 23 Федерального конституционного закона.

Минздравсоцразвития России согласно постановлению Правительства РФ от 30.06.2004 г. N 321 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации" является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения. В 2011 г. Минздравсоцразвития России было принято более 200 приказов (не включая акты, вносящие изменения в ранее принятые), зарегистрированных в Минюсте России.

Что касается актов Президента РФ в сфере здравоохранения, то их объем по сравнению с 90-ми годами прошлого века существенно сократился. Сегодня данные акты касаются, как правило, регулирования отношения в части деятельности отдельных органов исполнительной власти (Указ Президента РФ от 11.10.2004 г. N 1304 "О Федеральном медико-биологическом агентстве") и государственных служащих (Указ Президента РФ от 05.06.2003 г. N 613 "О правоохранительной службе в органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ").

Комплексный характер законодательства об охране здоровья предполагает, что основная цель данной отрасли законодательства, связанная с регулированием отношений по охране здоровья граждан, реализуется также через действие норм административного, экологического и других отраслей права. Нормы, регулирующие отношения по охране здоровья граждан, присутствуют в нормативных актах практически всех отраслей права. Они имеются в Трудовом кодексе РФ (напр., ст. 323), Гражданском кодексе РФ (напр., ст. 150), Уголовно-исполнительном кодексе РФ (напр., ст. 101), законодательстве о физической культуре и спорте (напр., ст. 39 Федерального закона от 04.12.2007 г. N 329-ФЗ "О физической культуре и спорте в Российской Федерации". Значителен их объем в законодательстве о социальном обеспечении (Федеральные законы от 02.08.1995 N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" и от 12.01.1995 г. N 5-ФЗ "О ветеранах") и т.д. Данные и иные акты, несмотря на наличие в них норм по охране здоровья, нельзя рассматривать как акты законодательства в сфере охраны здоровья ввиду иного предмета и целей правового регулирования, незначительного удельного объема собственно норм об охране здоровья.

Федеральные законы в области здравоохранения в соответствии со ст. 76 Конституции РФ имеют прямое действие на территории РФ и, следовательно, не нуждаются в дополнительном "подкреплении" законами субъектов РФ. В свою очередь федеральные законы в сфере охраны здоровья вводят наиболее общие, основополагающие нормы, требующие принятия на уровне субъектов РФ значительного числа нормативных правовых актов.

В настоящее время в ряде регионов (приблизительно 1/3 от 80 рассмотренных субъектов) либо общие законы о здравоохранении отсутствуют, либо регулирование осуществляется с помощью региональных программ. В этих субъектах, как правило, система законодательства о здравоохранении сформирована весьма сложно: есть массив федерального законодательства и лишь отдельные акты, дополняющие федеральное регулирование.

После 2004 г. в значительном количестве субъектов РФ приняты самостоятельные законы о здравоохранении либо об охране здоровья\*(33). Так, новый Закон Ямало-Ненецкий автономного округа от 10.01.2007 г. N 12-ЗАО "О здравоохранении в Ямало-Ненецком автономном округе" - результат кодификационных процессов (объединение в одном акте нескольких ранее существовавших с параллельным появлением новых норм и изменением содержания старых).

Для законодательства субъектов РФ последних лет характерен отказ от ранее существовавших на региональном уровне законов - дублей федеральных Основ законодательства 1993 г. Так, Закон Ставропольского края от 06.12.2005 г. N 62-кз "Об организации здравоохранения в Ставропольском крае" в отличие от ранее действовавшего краевого закона о здравоохранении касается намного более узкого предмета регулирования - организации здравоохранения, а не закрепляет общую модель всей системы охраны здоровья на региональном уровне. Подобные цели преследовали законотворческие органы и иных субъектов РФ\*(34).

На региональном уровне появились общие законы, являющиеся результатом критического переосмысления опыта действия первых актов, появлением новых институтов, пересмотром содержания действующих с учетом расширения и изменения предмета регулирования\*(35). Примерами этой волны законов субъектов РФ можно считать Закон Мурманской области от 09.02.2005 г. N 593-01-ЗМО "О мерах по охране здоровья граждан Российской Федерации, проживающих на территории Мурманской области", Закон Республики Карелия от 06.06.2005 г. N 876-ЗРК "О некоторых вопросах деятельности государственной системы здравоохранения".

2. Частью 3 рассматриваемой статьи закреплена коллизионная норма, устанавливающая правило поведения в случаях несоответствия норм об охране здоровья, содержащихся в актах иной отраслевой принадлежности, нормам комментируемого Закона.

Данная норма идентична по содержанию соответствующему правилу Жилищного кодекса РФ (ЖК РФ). Но в силу ст. 5 ЖК РФ жилищное законодательство состоит из Кодекса, принятых в соответствии с Кодексом других федеральных законов, а также изданных в соответствии с ними указов Президента РФ, постановлений Правительства РФ, нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти, законов и иных нормативных правовых актов субъектов РФ, нормативных правовых актов органов местного самоуправления, следовательно, верховенство ЖК РФ распространяется на все акты.

В комментируемом Законе, как было показано выше, избрана иная модель, однако в силу требования о необходимости при подготовке акта добиваться соответствия его положений нормам Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" правило, закрепленное в ч. 3 комментируемой статьи, следует трактовать широко. То есть нормам комментируемого Закона должны соответствовать все нормы, даже содержащиеся в актах иной отраслевой принадлежности в том случае, если они регулируют отношения по охране здоровья.

3. Акты органов местного самоуправления не названы рассматриваемой статьей в качестве отдельного источника законодательства об охране здоровья, однако органы местного самоуправления наделены правом издавать муниципальные правовые акты. Так, Федеральный закон от 06.10.2003 г. N 131-ФЗ "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" (ст. 43) в системе муниципальных правовых актов выделяет нормативные и иные правовые акты представительного органа муниципального образования.

В то же время объем нормотворческих функций органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья чрезвычайно мал, поскольку собственные полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья носят, скорее, исполнительно-распорядительный (правоприменительный), нежели регулирующий характер. При определении соответствующих полномочий следует руководствоваться также принимаемыми на уровне субъектов РФ законами о наделении органов местного самоуправления отдельными полномочиями в сфере здравоохранения. В настоящее время в связи с новеллами Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" более 10 субъектов РФ, передали отдельные полномочия органам местного самоуправления. Примеры тому: Закон Амурской области от 13.10.2011 г. N 531-ОЗ "О наделении органов местного самоуправления муниципальных образований области государственными полномочиями по организации оказания медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания населению области бесплатной медицинской помощи", Закон Сахалинской области от 22.11.2011 г. N 115-ЗО "О наделении органов местного самоуправления государственными полномочиями Сахалинской области по организации оказания медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи".

4. Частью 5 комментируемой статьи закреплен конституционный принцип приоритета норм международного права над нормами национального права.

Основой для развития законодательства об охране здоровья граждан являются предписания Конституции РФ и нормы международного права в соответствии с ч. 4 ст. 15 Конституции. Следует отметить, что за последние 5 лет произошли существенные изменения в международном праве, позитивным образом влияющие на развитие как российского социального законодательства в целом, так и законодательства об охране здоровья. Векторы для дальнейшего совершенствования правового регулирования в сфере прав граждан РФ на здоровье содержатся в Концепции формирования правовых основ и механизмов реализации социального государства в странах Содружества\*(36), Европейской социальной хартии и иных документах. Так, на двадцать шестом пленарном заседании Межпарламентской Ассамблеи государств - участников СНГ (постановление от 18.11.2005 г. N 26-10) принят Модельный закон "О защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах - участниках СНГ".

К числу глобальных актов ВОЗ, к которым Российская Федерация присоединилась в последние годы, можно назвать, например, Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака, которая заключена в г. Женеве 21 мая 2003 г. (Федеральный закон от 24.04.2008 г. N 51-ФЗ "О присоединении Российской Федерации к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака").

Статья 6. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи

Принцип приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи в системе основных, базовых начал охраны здоровья на уровне законодательства появился впервые, что составляет новацию медицинского права в обозначенной части. Фактически можно сказать, что закрепление приоритета интересов пациента в медицинской деятельности - результат эволюции конституционного права каждого на обеспечение государственных гарантий оказания необходимой медицинской помощи.

Необходимость особой правовой охраны интересов пациента зафиксирована в ряде деклараций и конвенций, принятых международными медицинскими ассоциациями. Это такие документы Всемирной организации здравоохранения, как Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе 1994 г., Копенгагенская декларация 1994 г., документы Всемирной медицинской ассоциации (Токийская декларация 1975 г., Лиссабонская декларация о правах пациента 1981 г., Декларация об эвтаназии 1987 г., Декларация о трансплантации человеческих органов 1987 г., Хельсинкская декларация 1989 г., Декларация о проекте "Геном человека" 1992 г., Международный кодекс медицинской этики 1983 г., Заявление о торговле живыми органами 1985 г., Заявление о политике в области охраны здоровья детей 1987 г., Заявление об искусственном оплодотворении и трансплантации эмбрионов 1987 г., Заявление о халатном отношении врачей к своим обязанностям 1992 г.) и т.д.

Особо следует выделить принятую в ноябре 1996 г. Советом Европы в Страсбурге Конвенцию о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины, которая провозглашает приоритет интересов отдельного человека над интересами общества и науки и требует от представителей медицинской профессии и социальных работников соблюдения профессиональных стандартов при проведении любого медицинского вмешательства, включая вмешательства, осуществляемые в исследовательских целях. Статьи 5-9 Конвенции закрепляют право пациента на равноправное участие в лечебном процессе, осуществление медицинского вмешательства только с его информированного, осознанного и добровольного согласия\*(42).

Конкретные содержательные элементы принципа соблюдения приоритета прав пациента, как следует из представленных положений, сведены к следующему.

Во-первых, при оказании медицинской помощи должны соблюдаться этические и моральные нормы, а также уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации. Соблюдение моральных и этических норм со стороны медицинских работников проявляется в следовании ими неформальным профессиональным нормам. В частности, известен общий этический постулат "не навреди", который обеспечивает рациональный выбор средств лечения конкретного пациента. Своды профессиональных правил закрепляются в кодексах профессиональной этики, имеют необязательный характер, но добровольно принимаются к соблюдению медицинским сообществом.

Согласно ст. 21 Конституции РФ достоинство личности охраняется государством. Ничто не может быть основанием для его умаления. Никто не должен подвергаться пыткам, насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию. Никто не может быть без добровольного согласия подвергнут медицинским, научным или иным опытам.

Достоинство пациента унижают прежде всего ненадлежащее оказание медицинских услуг, ветхость материальной базы учреждений здравоохранения, невозможность получить медицинскую помощь в полном объеме без каких-либо условий даже человеку, который всю жизнь платил налоги\*(43).

Во-вторых, медицинская помощь пациенту должна оказываться с учетом его физического состояния и с соблюдением по возможности культурных и религиозных традиций пациента.

Физическое состояние пациента может характеризоваться как удовлетворительным состоянием, так и крайне тяжелым. В первом случае, естественно, пациент может сам, например, передвигаться и отдавать отчет своим действиям, в другой ситуации положение пациента может характеризоваться маломобильностью или вообще нетранспортабельностью, когда требуется экстренное вмешательство со стороны медицинских работников. Отсюда и вытекают условия и порядок оказания медицинской помощи: на дому, амбулаторно или стационарно. Оказание помощи должно по возможности обеспечивать соблюдение культурных и религиозных традиций пациента.

В-третьих, при оказании медицинской помощи должен быть обеспечен надлежащий уход за пациентом. Право на уход обеспечивается со стороны не только администрации и персонала медицинских организаций, но и государства путем создания родственникам больных возможности осуществлять уход за больным. Такие гарантии носят социальный и материальный характер. Так, при необходимости осуществления ухода за больным членом семьи выплачивается пособие по временной нетрудоспособности (Федеральный закон от 29.12.2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством"\*(44)). В свою очередь, женщины во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска (Федеральный закон от 19.05.1995 г. N 81-ФЗ "О государственных пособиях гражданам, имеющим детей")\*(45).

В-четвертых, организация оказания медицинской помощи пациенту должна осуществляться с учетом рационального использования его времени. Данная гарантия обеспечивается путем установления режима работы организаций здравоохранения, и конкретных медицинских специалистов. Кроме того, через создание сети электронной регистратуры пациенты могут оформить прием к врачу в свободное для пациентов время. Такие правила позволяют также избежать очередей на приеме и более эффективно распределить рабочее время медицинских работников с учетом установленного объема нагрузки на медицинский персонал.

В-пятых, требования к проектированию и размещению медицинских организаций должны устанавливаться с учетом соблюдения санитарно-гигиенических норм и обеспечения комфортных условий пребывания пациентов в медицинских организациях. Общие требования к планировке и застройке установлены ст. 12 Федерального закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения.

При планировке и застройке городских и сельских поселений должно предусматриваться создание благоприятных условий для жизни и здоровья населения путем комплексного благоустройства городских и сельских поселений и реализации иных мер по предупреждению и устранению вредного воздействия на человека факторов среды обитания. Кроме того, при разработке нормативов градостроительного проектирования, схем территориального планирования, генеральных планов городских и сельских поселений, проектов планировки общественных центров при проектировании, строительстве зданий и сооружений культурно-бытового назначения должны соблюдаться санитарные правила.

Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 08.04.2003 г. N 34\*(46) введены в действие СанПиН 2.2.1/2.1.1.1278-03, которые, в частности, определяют, что медицинские учреждения (больницы, поликлиники) должны предусматривать палаты детских отделений, для новорожденных; интенсивной терапии, послеоперационные, палаты матери и ребенка; приемные фильтры и боксы; процедурные, манипуляционные, комнаты дневного пребывания, бесед с врачом, кормления детей.

В-шестых, при оказании медицинской помощи должны быть созданы условия, обеспечивающие возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.

Отчасти указанные гарантии реализуются через указанные выше проектирование и размещение медицинских организаций, которые должны обеспечивать наличие помещений для встреч и общения с родственниками, транспортную доступность размещения медицинской организации и т.п.

Реализация принципа приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи предполагает также активное взаимодействие органов государственной власти РФ, органов государственной власти субъектов РФ, органов МСУ, осуществляющих полномочия в сфере охраны здоровья, и медицинских организаций в пределах своей компетенции с общественными объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья

Статья 7. Приоритет охраны здоровья детей

Принцип "приоритет охраны здоровья детей" является новеллой законодательства об охране здоровья и одновременно показывает развитие конституционных постулатов, касающихся защиты детей.

Прежде всего в рамках раскрытия сущности России как социального государства предусматривается охрана труда и здоровья людей, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства. При этом материнство и детство, семья находятся под защитой государства (ст. 38 Конституции РФ). Следовательно, государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей.

Обеспечение интересов детей также находится в спектре государственной политики в здравоохранении. При отражении вопросов реализации приоритета права детей на охрану здоровья следует в первую очередь выделить международно-правовые акты, являющиеся, как известно, составной частью правовой системы Российской Федерации (ч. 4 ст. 15 Конституции РФ).

Большое значение для охраны здоровья детей имеют международные акты в области прав человека. В частности, нормы Конвенции о правах ребенка\*(47), действующей в нашей стране с 1990 г., основываясь на незыблемости права детей на особую заботу и помощь, на признании необходимости защиты и содействия семье, предписывают, что государства-участники:

обеспечивают в максимально возможной степени выживание и здоровое развитие ребенка (п. 2 ст. 6);

признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья (п. 1 ст. 24);

принимают необходимые меры для: снижения уровней смертности младенцев и детской смертности; обеспечения предоставления необходимой медицинской помощи и охраны здоровья всех детей с уделением первоочередного внимания развитию первичной медико-санитарной помощи; борьбы с болезнями и недоеданием, в том числе в рамках первичной медико-санитарной помощи, путем среди прочего применения легкодоступной технологии и предоставления достаточно питательного продовольствия и чистой питьевой воды, принимая во внимание опасность и риск загрязнения окружающей среды; предоставления матерям надлежащих услуг по охране здоровья в дородовой и послеродовой периоды; обеспечения осведомленности всех слоев общества, в частности родителей и детей, о здоровье и питании детей, преимуществах грудного кормления, гигиене, санитарии среды обитания ребенка и предупреждения несчастных случаев, а также их доступа к образованию и их поддержки в использовании таких знаний; развития просветительной работы и услуг в области профилактической медицинской помощи и планирования размера семьи (п. 2 ст. 24);

признают за каждым ребенком право пользоваться благами социального обеспечения, включая социальное страхование, и принимают необходимые меры для достижения полного осуществления этого права в соответствии с их национальным законодательством (п. 1 ст. 26);

признают право каждого ребенка на уровень жизни, необходимый для физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития ребенка, принимают необходимые меры по оказанию помощи родителям и другим лицам, воспитывающим детей, в осуществлении этого права и, в случае необходимости, оказывают материальную помощь и поддерживают программы, особенно в отношении обеспечения питанием, одеждой и жильем (ст. 27)\*(48).

Отечественные нормативные акты в сфере обеспечения охраны здоровья ребенка определяют взаимодействие трех сфер деятельности: здравоохранения, обеспечения прав ребенка и политики как функции власти.

Основным документом о правах детей в России является Федеральный закон от 24.07.1998 г. N 124-ФЗ "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации"\*(49), который определяет установление и соблюдение минимальных социальных стандартов основных показателей качества жизни детей, обеспечение прав детей на охрану здоровья, защиту прав детей на отдых и оздоровление, защиту ребенка от информации, пропаганды и агитации, наносящих вред его здоровью и развитию.

Статья 10 Закона предписывает органам власти различных уровней осуществлять в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения мероприятия по оказанию детям бесплатной медицинской помощи, включающей профилактику заболеваний, медицинскую диагностику, лечебно-оздоровительную работу, в том числе диспансерное наблюдение, медицинскую реабилитацию детей-инвалидов и детей, страдающих хроническими заболеваниями, санаторно-курортное лечение детей.

Государство признает детство важным этапом жизни человека и исходит из принципов приоритетности подготовки детей к полноценной жизни в обществе, развития у них общественно значимой и творческой активности, воспитания в них высоких нравственных качеств, патриотизма и гражданственности. Права ребенка также закреплены в ГК РФ и Семейном кодексе РФ (СК РФ).

В области охраны здоровья для несовершеннолетних предусмотрен ряд особых прав:

диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах в порядке, устанавливаемом Минздравсоцразвития России, министерствами здравоохранения республик в составе РФ, медико-социальная помощь и питание на льготных условиях, устанавливаемых Правительством РФ, за счет средств бюджетов всех уровней;

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

бесплатная медицинская консультация за счет средств бюджетов всех уровней при определении профессиональной пригодности;

получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной форме\*(50).

Эти, а также некоторые другие права детей нашли закрепление в положениях комментируемого Закона (ст. 54).

В ряде программных документов особое внимание законодатель уделяет вопросам охраны детства, неотъемлемой частью которой становится забота о здоровье подрастающего поколения. Приоритетные направления государственной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации, в том числе в части охраны и укрепления состояния здоровья детей, отражены в федеральной целевой программе "Дети России" на 2007-2010 годы\*(51).

Данная федеральная целевая программа включает подпрограмму "Здоровое поколение" (распоряжение Правительства РФ от 26.01.2007 г. N 79-р)\*(52), целями которой являются сохранение, восстановление и укрепление здоровья детей и подростков, а также привитие навыков здорового образа жизни.

Для достижения указанных целей необходимо решить следующие задачи:

обеспечение безопасного материнства, создание условий для рождения здоровых детей;

внедрение высокотехнологичных методов диагностики и профилактики наследственных заболеваний и врожденных пороков развития у детей; охрана здоровья детей и подростков, в том числе репродуктивного; пропаганда здорового образа жизни;

профилактика заболеваемости, инвалидности и смертности в детском и подростковом возрасте;

улучшение здоровья детей и подростков, проживающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, обеспечение детей, проживающих в отдаленных поселениях, квалифицированной диагностической и лечебной помощью.

Реализация мероприятий подпрограммы предполагала к 2011 г. продолжить совершенствование государственной поддержки службы материнства и детства, повысить доступность и качество медицинской помощи женщинам и детям, добиться улучшения следующих показателей:

снижение уровня младенческой смертности до 9,3 промилле на 1000 родившихся живыми;

снижение уровня материнской смертности до 21 на 100 тыс. родившихся живыми;

снижение уровня смертности детей в возрасте от 0 до 4 лет (включительно) до 10,9 на 1000 новорожденных соответствующего года рождения;

увеличение доли детей I группы здоровья до 37,5% общего количества детей;

снижение показателя первичного выхода на инвалидность детей в возрасте от 0 до 17 лет (включительно) до 21,4 на 10 тыс. детей.

Снижения затрат федерального бюджета предполагалось достигнуть за счет снижения инвалидности детей в результате скрининга новорожденных, улучшения состояния здоровья детей, в частности:

предотвращения получения детьми инвалидности; снижения заболеваемости детей инфекционными болезнями и болезнями эндокринной системы;

уменьшения числа детей школьного возраста, переходящих в III группу здоровья из II группы;

увеличения числа детей школьного возраста, переходящих в I группу здоровья из II группы.

Дети независимо от их семейного и социального благополучия подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи.

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

На уровне главы государства выделены основные приоритеты государственной политики в области охраны детства. В своем Послании \*(53) Федеральному Собранию РФ Президент России назвал здоровье одной из основных ценностей нашего государства. Провозглашение 2008 г. Годом семьи стало началом комплексной работы государства по формированию новой семейной политики. Большое внимание стало уделяться мероприятиям по формированию мотивации для ведения здорового образа жизни, сохранению, укреплению и восстановлению здоровья детей.

Долгосрочные перспективы развития государства предусматривают реализацию конкретных приоритетных направлений в сфере охраны здоровья детей.

В Концепции демографической политики России на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента РФ от 09.10.2007 г. N 1351\*(54), отмечается, что одной из главных задач являются сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни, а также создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни.

В качестве основных направлений оказания детям бесплатной медицинской помощи названы:

профилактика заболевания;

медицинская диагностика заболеваний;

лечебно-оздоровительная работа, в том числе диспансерное наблюдение;

медицинская реабилитация детей-инвалидов и детей, страдающих хроническими заболеваниями;

санаторно-курортное лечение детей.

В последнее время в основу государственной политики положена система раннего выявления нарушений здоровья и развития детей.

Начальным, основным, этапом в рамках обеспечения права детей на медицинскую помощь в рамках реализации приоритетной охраны здоровья детей является амбулаторно-поликлиническая помощь, важное значение которой было признано со стороны органов управления здравоохранением еще в конце 1990-х годов.

В этой связи следует выделить приказ Минздрава России от 05.05.1999 г. N 154\*(55), который в рамках совершенствования системы оказания медицинской помощи детям утвердил Инструкцию об организации амбулаторно-поликлинической помощи детям подросткового возраста.

Амбулаторно-поликлинические и больничные учреждения государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения предоставляют детям различные виды необходимой медицинской помощи:

первичную медико-санитарную помощь (т.е. лечение наиболее распространенных болезней, проведение профилактических прививок, осмотров, диспансерного наблюдения здоровых детей и лиц с хроническими заболеваниями);

неотложную медицинскую помощь (при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства);

скорую медицинскую помощь (в том числе безотлагательную помощь при несчастных случаях, травмах, отравлениях, а также при других состояниях и заболеваниях, требующих срочного медицинского вмешательства)\*(56).

Кроме того, приказом Минздравсоцразвития России от 03.03.2011 г. N 162н\*(57) определен порядок проведения медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Профилактическое направление медицины включает принятие мер по таким основным направлениям, как:

1) укрепление материально-технической базы родильных учреждений;

2) регулярное проведение вакцинации детей;

3) раннее выявление у подростков задержки полового созревания;

4) правильно организованное и рациональное питание грудных детей, а также детей в детских дошкольных учреждениях и в школах.

В сфере обеспечения прав детей на охрану здоровья в рамках профилактических мероприятий можно выделить также иммунопрофилактику. Закон об иммунопрофилактике является продолжением мероприятий по охране детства, закрепленных в положениях Конституции. РФ, и развивает нормы закона об основных гарантиях прав ребенка, в котором охрана здоровья детей зафиксирована в качестве одного из основных компонентов государственной политики в интересах детей.

В целом практика реализации программ различного уровня будет способствовать решению стратегических государственных задач по снижению роста заболеваемости и смертности, улучшению демографической ситуации в ближайшей перспективе.

Статья 13. Соблюдение врачебной тайны

Комментируемая статья посвящена раскрытию положений принципа соблюдения врачебной тайны. Напомним, что данный аспект медицинской деятельности в качестве основной идеи впервые нашел отражение на законодательном уровне в комментируемом Законе (ст. 4). Правда, Основы законодательства 1993 г. содержали отдельную ст. 61 "Врачебная тайна", в рамках правовой регламентации статуса медицинского и фармацевтического работника, а также упоминание о соблюдении врачебной тайны в отдельных нормах (ст. 31, 35, 49 Основ).

Врачебная тайна в силу особенностей самой врачебной деятельности - важнейшее понятие деонтологии (от греч. deon - должное и logos - учение) как учения о принципах поведения медицинского персонала в общении с больным и его родственниками. Однако специфика врачебной тайны состоит в том, что ее сохранность гарантируется законодательно, так же как и законодательно обеспечивается путем установления определенных запретов и юридической ответственности за ее разглашение\*(88).

Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Врачебную тайну образуют сведения, которые медицинский работник получает о пациенте в результате взаимодействия с ним в рамках осуществления своих профессиональных обязанностей. Поэтому врачебная тайна отнесена к одному из видов профессиональной тайны. Помимо врачебной тайны к разряду профессиональных относятся тайна исповеди, адвокатская тайна, тайна, известная работникам органов записи актов гражданского состояния\*(89).

Основным документом, в котором регламентирована врачебная тайна, является Конституция РФ (ст. 23), в которой записано, что каждый имеет право на неприкосновенность личной жизни, личную и семейную тайну. Нарушение этого права допускается лишь на основании судебного решения.

Содержательная часть общих положений о соблюдении врачебной тайны не претерпела значительных изменений по сравнению с Основами законодательства 1993 г. Однако предложенная законодателем текстуальная их часть теперь уже не содержит упоминания о предоставлении гражданину гарантии конфиденциальности передаваемых им сведений.

И все же данное положение, по сути, не меняет правовой статус пациента в этой части, так как данная гарантия обеспечивается правом пациента на защиту сведений, составляющих врачебную тайну (ст. 19), обязательством врача и медицинских организаций хранить и соблюдать врачебную тайну (ст. 71, 73, 79).

Касаясь истории вопроса, следует отметить, что регулирование соблюдения конфиденциальности сведений врачебной тайны осуществлялось на уровне ведомственных подзаконных актов. Так, Фондом обязательного медицинского страхования 25.03.1998 г. за N 30 издан приказ "О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну"\*(90), а приказом от 27.10.1999 г. разработаны и утверждены Методические рекомендации "Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него".

Как и ранее, с согласия гражданина или его законного представителя могут быть предоставлены сведения, составляющие врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

Между тем Закон об охране здоровья несколько иначе подходит к решению вопроса о возможности предоставления врачебной тайны с согласия гражданина или его законного представителя для обозначенных целей. Во-первых, Закон ведет речь не о предоставлении сведений, а об их неразглашении, что несколько шире по содержательной нагрузке и предполагает освещение врачебной тайны публично, в том числе через средства массовой информации (СМИ).

Во-вторых, изменения внесены собственно в сам порядок передачи сведений, который предусматривается возможность их разглашения только с письменного согласия гражданина или его представителя.

Кроме того, новацией законодательства об охране здоровья в этой части следует считать запрет на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека.

Статья 61 Основ законодательства 1993 г. содержала перечень случаев, когда допускалось предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя.

В комментируемой статье данный перечень оснований значительно расширен и конкретизирован. Как и прежде, согласие на предоставление сведений не требуется в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, не способного выразить свою волю; при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений; 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; в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему, больному наркоманией, иу3 достигшему возраста 16 лет, а в иных случаях - 15 лет; в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти.

К дополнительным, установленным Законом основаниям предоставления сведений без согласия пациента, следует отнести:

информирование органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

расследование несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;

обмен информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства РФ о персональных данных;

осуществление учета и контроля в системе обязательного социального страхования;

осуществление контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Наиболее частым нарушением права граждан на неразглашение врачебной тайны является сообщение сведений о факте обращения за медицинской помощью, а также о диагнозе и прогнозе заболевания врачебным и средним медицинским персоналом в кругу коллег. Чаще всего это происходит в частных беседах, поэтому ответственность не наступает исключительно вследствие отсутствия огласки этого факта и неведения самого больного относительно нарушения его прав. Следует отметить, что здесь речь идет не о получении лечащим врачом профессионального совета, а именно о частных, дружеских обсуждениях "интересных случаев из практики" с людьми, к лечению данного больного не имеющих никакого отношения\*(91).

Отметим также, что по сравнению с Основами законодательства 1993 г. комментируемая статья не содержит отдельной нормы, посвященной ответственности лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, за разглашение врачебной тайны.

Тем не менее данный аспект отношений, возникающий из нарушения медицинским или фармацевтическим работником, в действующем законодательстве без внимания не оставлен, поскольку органично вписывается в положения об ответственности врачей и медицинских организаций за нарушения в сфере охраны здоровья (см. комментарий к ст. 98).

Юридическая ответственность, с одной стороны, выступает как средство наказания виновного, а с другой - несет воспитательную нагрузку, стимулируя его дальнейшее правомерное поведение.

Следует обозначить виды ответственности, а также конкретные правонарушения, касающиеся разглашения врачебной тайны. Законодательством установлены три вида ответственности за разглашение врачебной тайны:

дисциплинарная;

административная;

уголовная.

Дисциплинарная ответственность - это мера ответственности работника за совершение дисциплинарного правонарушения, применяемая в целях предупреждения и пресечения нарушений трудового законодательства. Дисциплинарная ответственность является одним из видов юридической ответственности, предусмотренной законодательством за неправомерное поведение, и представляет собой обязанность работника понести наказание, предусмотренное нормами трудового права, за противоправное неисполнение своих трудовых обязанностей.

Статья 192 ТК РФ дает общий перечень дисциплинарных взысканий, которые могут быть применены ко всем работникам: 1) замечание; 2) выговор; 3) увольнение.

Административная ответственность применяется за совершение административного проступка, выразившегося в нарушении законодательства в области охраны здоровья граждан, в частности разглашение врачебной тайны. КоАП РФ (ст. 13.14) предусмотрена административная ответственность за разглашение информации с ограниченным доступом, которое охватывает понятие врачебной тайны.

Уголовная ответственность предусмотрена ст. 137 УК РФ. В соответствии с этой статьей незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, наказывается штрафом. Кроме того, ответственность вследствие разглашения врачебной тайны может наступить и в соответствии со ст. 286 "Превышение должностных полномочий" УК РФ: совершение должностным лицом действий, явно выходящих за пределы его полномочий и повлекших существенное нарушение прав и законных интересов гражданина.

Особо следует отметить, что вменено совершение деяния, предусмотренного ст. 286 УК РФ, может быть только должностному лицу государственного или муниципального медицинского учреждения, несанкционированно разгласившему сведения, составляющие врачебную тайну, так как здесь речь идет о незаконном нарушении неприкосновенности должностной (служебной) тайны. В отношении врачебного и иного персонала государственных или муниципальных медицинских учреждений, не являющихся должностными лицами, а также в отношении должностных лиц и иных сотрудников частных или ведомственных медицинских предприятий (учреждений) уголовное преследование по данному составу преступления исключено.

В качестве отдельного вида ответственности в рассматриваемой ситуации можно назвать ответственность, предусмотренную действующим гражданским законодательством. Так, ст. 150 ГК РФ устанавливает, что личная тайна относится к нематериальным (неимущественным) благам человека, неотчуждаемым и непередаваемым иным способом. Статья 151 ГК РФ определяет, что, если вследствие разглашения врачебной тайны гражданину причинен моральный вред, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации такого вреда. При этом следует учитывать, что под моральным вредом понимаются физические и нравственные страдания гражданина, претерпеваемые им вследствие нарушения нематериальных благ или личных неимущественных прав. Глава 59 ГК РФ конкретизирует положения ст. 151 ГК РФ, и в ст. 1064 ГК РФ указывается, что вред, причиненный личности гражданина, подлежит возмещению в полном объеме.

Здесь следует отметить, что причинение вреда здоровью вследствие разглашения врачебной тайны может повлечь одновременно и уголовную, и гражданско-правовую ответственность.

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

Следует отметить, что вопросы правового регулирования получения согласия на медицинское вмешательство и отказ от него уже были известны законодательству о здравоохранении. В частности, Основы законодательства 1993 г. данный аспект медицинских правоотношений регулировали в самостоятельных ст. 32 "Согласие на медицинское вмешательство" и ст. 33 "Отказ от медицинского вмешательства".

Исходя из содержательной нагрузки норм указанных статей в комментируемом Законе обозначенные в них нормативные положения уточнены и объединены в самостоятельной статье.

Напомним, что медицинское вмешательство, как известно, - понятие собирательное. Оно представляет собой 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.

По общему правилу медицинскому вмешательству должно предваряться получение на это информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя. Информированное согласие является таковым, если гражданин или его законный представитель в доступной форме получил полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в следующих случаях:

во-первых, в отношении несовершеннолетнего реципиента, а также в отношении реципиента, признанного в установленном законом порядке недееспособным;

во-вторых, в отношении больных наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет и иные несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет при оказании им наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения. При этом добровольное информированное согласие у данных категорий должно быть получено, если они приобрели полную дееспособность до достижения ими восемнадцатилетнего возраста.

Законодательство предусматривает возможность приобретения несовершеннолетним полной дееспособности до достижения совершеннолетия в порядке эмансипации (ст. 27 ГК РФ).

Несовершеннолетний, достигший шестнадцати лет, может быть объявлен полностью дееспособным, если он работает по трудовому договору, в том числе по контракту, или с согласия родителей, усыновителей или попечителя занимается предпринимательской деятельностью.

Объявление несовершеннолетнего полностью дееспособным (эмансипация) производится по решению органа опеки и попечительства - с согласия обоих родителей, усыновителей или попечителя либо при отсутствии такого согласия - по решению суда.

Признание несовершеннолетнего полностью дееспособным в судебном порядке осуществляется в соответствии с правилами гл. 32 Гражданского процессуального кодекса РФ (ГПК РФ) (ст. 287-289).

Несовершеннолетний, достигший возраста шестнадцати лет, может обратиться в суд по месту своего жительства с заявлением об объявлении его полностью дееспособным.

Заявление об объявлении несовершеннолетнего полностью дееспособным принимается судом при отсутствии согласия родителей (одного из родителей), усыновителей или попечителя объявить несовершеннолетнего полностью дееспособным.

Заявление об объявлении несовершеннолетнего полностью дееспособным рассматривается судом с участием заявителя, родителей (одного из родителей), усыновителей (усыновителя), попечителя, а также представителя органа опеки и попечительства, прокурора.

Суд, рассмотрев по существу заявление об объявлении несовершеннолетнего полностью дееспособным, принимает решение, которым удовлетворяет или отклоняет просьбу заявителя. При удовлетворении заявленной просьбы несовершеннолетний, достигший возраста шестнадцати лет, объявляется полностью дееспособным (эмансипированным) со дня вступления в законную силу решения суда об эмансипации.

Гражданин, один из родителей или иной законный представитель указанных лиц имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. 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. Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства в доступной форме должны быть разъяснены гражданину, одному из родителей или иному законному представителю указанных лиц.

Важная гарантия для недееспособных лиц при решении вопросов о медицинском вмешательстве или отказа от него заключается в возможности обращения медицинской организации в суд для защиты интересов несовершеннолетнего, в ситуации отказа от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни. Законные интересы несовершеннолетнего в указанном случае также защищают органы опеки и попечительства.

Несмотря на свободу выбора при решении вопроса о согласии на медицинское вмешательство или отказа от него, родители и иные законные представители 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. Перечень видов такого необходимого вмешательства должен быть установлен уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. 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.

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.

Согласие и отказ от медицинского вмешательства осуществляются по установленной форме. В настоящее время действуют образцы таких форм документов, в частности:

Образец добровольного информированного согласия на проведение профилактических прививок детям или отказа от них (утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 26.01.2009 г. N 19н)\*(131);

Образец информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель (приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2007 г. N 335)\*(132);

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинское вмешательство, информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в том числе переливание крови и ее компонентов (приказ ФМБА России от 30.03.2007 г. N 88 "О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство")\*(133);

Образец информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ (приказ Минздрава России от 19.12.2003 г. N 606)\*(134);

Согласие пациента на операцию переливания компонентов крови (приказ Минздрава России от 25.11.2002 г. N 363)\*(135);

Отказ от проведения медицинского вмешательства (приказ ФМБА России от 30.03.2007 г. N 88 "О добровольном информированном согласии на медицинское вмешательство").

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

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается в следующих случаях.

1. Необходимость медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители несовершеннолетних и недееспособных лиц.

2. Наличие у лица заболевания, представляющего опасность для окружающих (болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, гепатит B, гепатит C, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, малярия, педикулез, акариаз и другие инфестации, сап и мелиоидоз, сибирская язва, туберкулез, холера, чума).

В указанных выше случаях решение о медицинском вмешательстве принимается консилиумом врачей. При этом, если консилиум собрать невозможно, решение принимается непосредственно лечащим (дежурным) врачом. Решение вносится в медицинскую документацию пациента с последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица.

3. Наличие у лица тяжелых психических расстройств (психические расстройства и расстройства поведения).

Согласно ст. 23 Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" тяжелое психическое расстройства лица обусловливает:

1) его непосредственную опасность для себя или окружающих. При этом лицо, страдающее психическим расстройством, может быть:

одновременно опасно для себя и окружающих;

опасно только для себя;

опасно только для окружающих;

2) его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

3) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

4. Совершение лицом общественно опасных деяний (преступления).

В указанных выше случаях решение принимается судом в порядке, который установлен законодательством РФ.

5. Проведение судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

К лицам, совершившим преступления, могут быть применены принудительные меры медицинского характера.

Согласно ч. 1 ст. 13 Закона о психиатрической помощи принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния.

Виды, основания и порядок применения мер медицинского характера определены в гл. 97 УК РФ\*(136) (ст. 97-104).

Суд может назначить следующие виды принудительных мер медицинского характера:

а) амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра;

б) принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа;

в) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа;

г) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Лицам, осужденным за преступления, совершенные в состоянии вменяемости, но нуждающимся в лечении психических расстройств, не исключающих вменяемости, суд наряду с наказанием может назначить принудительную меру медицинского характера в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра (ст. 99 УК РФ).

Согласно ст. 97 УК РФ принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом лицам:

а) совершившим деяния, предусмотренные статьями УК РФ, в состоянии невменяемости;

б) у которых после совершения преступления наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение наказания;

в) совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости.

Принудительные меры медицинского характера назначаются только в случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц.

В отношении лиц, не представляющих опасности по своему психическому состоянию, суд может передать необходимые материалы органам здравоохранения для решения вопроса о лечении этих лиц или направлении их в психоневрологические учреждения социального обеспечения.

Порядок исполнения принудительных мер медицинского характера определяется Уголовно-исполнительным кодексом РФ (УИК РФ)\*(137).

Согласно ст. 18 УИК РФ по решению суда принудительные меры медицинского характера применяются к лицам, осужденным к принудительным работам, аресту, лишению свободы, страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, учреждениями, исполняющими указанные виды наказаний.

К осужденным, больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, ВИЧ-инфицированным осужденным, а также осужденным, больным открытой формой туберкулеза или не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, учреждением, исполняющим указанные виды наказаний, по решению медицинской комиссии применяется обязательное лечение.

Статья 27. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья

Обязанности граждан в сфере охраны здоровья в законодательстве на федеральном уровне закреплены впервые. Отметим, что Основы законодательства 1993 г. в качестве отдельной нормы не предусматривали обязанности граждан, отдавая приоритет обязанностям медицинских работников в силу известной направленности здравоохранительного законодательства. В рамках комментируемого Закона за гражданами в рассматриваемой сфере закреплены следующие обязанности.

1. Граждане должны заботиться о сохранении своего здоровья. Как представляется, эта общая нормативная установка имеет перспективную воспитательную цель и должна подкрепляться в том числе пропагандой здорового образа жизни.

2. В предусмотренных законодательством случаях граждане обязаны проходить медицинские осмотры, при наличии заболеваний, представляющих опасность для окружающих, проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний. Здесь имеется в виду ряд конкретных обязанностей, установленных в нормах действующего законодательства. Так, Трудовой кодекс РФ 2001 г. (ст. 213) обязывает работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (в том числе на подземных работах), а также на работах, связанных с движением транспорта, проходить обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические (для лиц в возрасте до 21 года - ежегодные) медицинские осмотры (обследования) для определения пригодности этих работников для выполнения поручаемой работы и предупреждения профессиональных заболеваний. В соответствии с медицинскими рекомендациями указанные работники проходят внеочередные медицинские осмотры (обследования).

В свою очередь, работники организаций пищевой промышленности, общественного питания и торговли, водопроводных сооружений, лечебно-профилактических и детских учреждений, а также некоторых других работодателей проходят указанные медицинские осмотры (обследования) в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний.

Согласно ст. 34 Закона о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и профессиональных заболеваний работники отдельных профессий, производств и организаций при выполнении своих трудовых обязанностей обязаны проходить предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические медицинские осмотры.

Соответствующие обязанности по прохождению обязательного медицинского осмотра возложены на работников, занятых на работах, которые связаны с изготовлением и оборотом пищевых продуктов, оказанием услуг в сфере розничной торговли пищевыми продуктами, материалами и изделиями и сфере общественного питания и при выполнении которых осуществляются непосредственные контакты работников с пищевыми продуктами, материалами и изделиями (п. 1 ст. 23 Федерального закона "О качестве и безопасности пищевых продуктов").

Что касается вопросов обязанности прохождения медицинских обследований и лечения, а также профилактики заболеваний, то в качестве примера можно привести обязанность периодического проведения профилактических медицинских осмотров в целях выявления туберкулеза (ст. 8 Федерального закона от 18.06.2001 г. N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"\*(163)). Постановлением Правительства РФ от 25.12.2001 г. N 892\*(164) определены порядок и сроки проведения профилактических медицинских смотров населения в целях выявления туберкулеза.

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

Режим лечения определяется медицинским работником индивидуально с учетом общего состояния здоровья, наличия конкретного заболевания у гражданина. При этом правила поведения пациентов в медицинских организациях в большинстве случаев определяются распорядком дня конкретного медицинского учреждения на уровне локальных нормативных актов организации.

По сути, обозначенные выше нормативные положения направлены на упорядочение системы здравоохранения. Несомненно, что реализации прав граждан в сфере здоровья должно способствовать ответственное поведение каждого индивида, исключающее какие-либо умышленные действия, направленные на причинение вреда своему организму.

Следует сказать, что подобная норма не носит карательного характера, поскольку не предусматривает санкций в отношении граждан. Основная ее смысловая нагрузка заключается в закреплении приоритета принципа ответственного поведения граждан к своему здоровью и здоровью своих детей.