



Л.В. ВОРОБЬЁВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

Тамбов
♦ ИЗДАТЕЛЬСТВО ГОУ ВПО ТГТУ ♦
2010

Министерство образования и науки Российской Федерации
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Тамбовский государственный технический университет»

Л.В. ВОРОБЬЁВА

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

Утверждено Учёным советом университета в качестве учебного пособия
для преподавателей и студентов, обучающихся
по специальности «Юриспруденция»



Тамбов
Издательство ГОУ ВПО ТГТУ
2010

УДК 614.253(075.8)
ББК Х401.124я73
В751

Рецензенты :

Кандидат юридических наук, доцент ГОУ ВПО ТГУ им. Г.Р. Державина
О.В. Белянская

Кандидат юридических наук, доцент ГОУ ВПО ТГТУ
Е.Е. Орлова

Воробьева, Л.В.

В751 Медицинское право : учебное пособие / Л.В. Воробьева. –
Тамбов : Изд-во ГОУ ВПО ТГТУ, 2010. – 80 с. – 100 экз. –
ISBN 978-5-8265-0937-1.

Включает программу курса «Медицинское право», конспекты лекций по данной дисциплине, тематику семинарских занятий, списки основных нормативных правовых актов, учебной и научной литературы, вопросы к экзамену (зачёту) и др. Разработано в соответствии с Государственным образовательным стандартом специальности 030501 «Юриспруденция».

Предназначено для преподавателей и студентов, обучающихся по специальности «Юриспруденция».

УДК 614.253(075.8)

ББК Х401.124я73

ISBN 978-5-8265-0937-1

© Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Тамбовский государственный технический
университет» (ГОУ ВПО ТГТУ), 2010

Учебное издание

ВОРОБЬЁВА Людмила Васильевна

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

Учебное пособие

Редактор Е.С. Кузнецова
Инженер по компьютерному макетированию Т.Ю. Зотова

Подписано в печать 25.05.2010
Формат 60 × 84/16. 4,65 усл. печ. л. Тираж 100 экз. Заказ № 397

Издательско-полиграфический центр ГОУ ВПО ТГТУ
392000, Тамбов, ул. Советская, 106, к. 14

ОБЩИЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

Настоящий курс относится к дисциплинам регионального компонента Государственного образовательного стандарта по специальности «Юриспруденция».

Цель курса «Медицинское право» состоит в том, чтобы дать студентам основные теоретические представления об особенностях регулирования правоотношений в сфере медицины и здравоохранения, научить студентов применять нормы законодательства о здравоохранении в Российской Федерации к конкретным ситуациям.

Основными задачами курса являются:

- анализ предмета, метода, источников, системы и принципов медицинского права, особенностей правоотношений в области здравоохранения;
- изучение международно-правовых медицинских стандартов и конституционных гарантий Российской Федерации в области охраны здоровья;
- характеристика системы здравоохранения и органов управления в области здравоохранения Российской Федерации, порядка финансирования здравоохранения и форм медицинского страхования;
- выявление особенностей прав различных категорий граждан на охрану здоровья; исследование правового статуса медицинских работников;
- анализ правовых аспектов новейших видов медицинских биотехнологий – генной инженерии, донорства, трансплантации органов и тканей, пластической хирургии, искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, клонирования и др.;
- выявление особенностей различных видов медицинской экспертизы;
- исследование основ санитарно-эпидемиологического надзора и медицинской профилактики;
- изучение способов и порядка разрешения и предупреждения споров и конфликтов при оказании медицинской помощи, а также правовых последствий оказания ненадлежащей медицинской помощи.

В результате изучения дисциплины «Медицинское право» специалист **должен:**

- знать законодательство о здравоохранении Российской Федерации и практику его применения, ориентироваться в специальной литературе;
- толковать и применять законы и другие нормативные правовые акты, регулирующие отношения в области здравоохранения;
- обеспечивать соблюдение законодательства о здравоохранении в деятельности государственных органов, физических и юридических лиц;
- юридически правильно квалифицировать факты и обстоятельства, вытекающие из отношений в области здравоохранения;
- разрабатывать документы правового характера, осуществлять правовую экспертизу нормативных актов, давать квалифицированные юридические заключения и консультации по проблемам, возникающим из факта оказания медицинских услуг ненадлежащего качества и нарушения прав граждан на охрану здоровья;
- принимать правомерные решения и совершать иные юридические действия в точном соответствии с Конституцией Российской Федерации и законодательством о здравоохранении России;
- устанавливать факты правонарушений в области здравоохранения, определять меры ответственности и наказания виновных; предпринимать необходимые меры к восстановлению нарушенных прав.

ПРОГРАММА (СОДЕРЖАНИЕ) КУРСА «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

1. ПОНЯТИЕ И СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

Понятие здравоохранения и медицины. Право гражданина на охрану здоровья и его гарантии. Здравоохранение и медицинская помощь в государственной системе.

Правоотношения в системе здравоохранения: понятие, виды, особенности.

Здравоохранение и культурно-исторические традиции общества. Медико-правовая культура: понятие и пути повышения.

Основные принципы охраны здоровья граждан. Соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья. Приоритет профилактических мер в области охраны здоровья. Доступность и всеобщность медицинской помощи. Ответственность органов государственной власти за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Медицинское право в системе отраслей российского права. Медицинское право как межотраслевой институт российского права. Предмет и методы медицинского права.

Медицинское право как наука. Медицинское право как учебная дисциплина. Задачи и система курса «Медицинское право» в высших учебных заведениях.

2. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О ЗДРАВООХРАНЕНИИ И МЕДИЦИНЕ

Источники медицинского права. Понятие, система и состав медицинского законодательства. Правовая основа здравоохранения.

Международно-правовые медицинские стандарты. Конституция Российской Федерации и федеральное законодательство в области медицины и здравоохранения. Характеристика основных федеральных законов о здравоохранении и медицине.

Медицинское законодательство субъектов Российской Федерации. Смежное медицинское законодательство. Правовые акты органов местного самоуправления о медицине и здравоохранении.

Практика и пути совершенствования современного медицинского законодательства. Систематизация медицинского законодательства.

3. СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ГОСУДАРСТВО

Понятие системы здравоохранения. Система органов управления здравоохранением. Государственная система здравоохранения. Ведомственные медицинские учреждения. Муниципальная система здравоохранения. Негосударственная (частная) система здравоохранения. Реформа системы здравоохранения в Российской Федерации.

Компетенция России, субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления в области охраны здоровья граждан.

Государственное управление в области здравоохранения: понятие и основы организации. Система, правовой статус и полномочия государственных органов управления здравоохранением в России.

Правовое положение учреждений здравоохранения. Государственный контроль в области охраны здоровья граждан. Порядок и условия лицензирования в сфере здравоохранения.

4. ПРАВА ГРАЖДАН В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Право граждан Российской Федерации на охрану здоровья. Право иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев на охрану здоровья. Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье. Право граждан на медико-социальную помощь. Охрана здоровья граждан, занятых отдельными видами профессиональной деятельности.

Права отдельных групп населения в области охраны здоровья. Права семьи на охрану здоровья. Права беременных женщин и матерей на охрану здоровья. Права несовершеннолетних на охрану здоровья. Права на охрану здоровья военнослужащих, граждан, подлежащих призыву на военную службу и поступающих на военную службу по контракту. Права граждан пожилого возраста на охрану здоровья. Права инвалидов на охрану здоровья. Права граждан при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах на охрану здоровья. Права лиц, задержанных, заключённых под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест, на получение медицинской помощи.

5. ПРАВОВОЙ СТАТУС МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Медицинский работник и врач – понятие и правовой статус. Права, обязанности и ответственность медицинских работников. Виды и характеристика прав медицинских работников, врачей. Лечащий врач. Домашний (семейный) врач. Врачебная тайна. Социальная защита медицинских работников. Оплата труда и компенсации.

6. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Понятие и правовое регулирование медицинской помощи. Специфика отношений в сфере оказания медицинской помощи. Субъекты (участники) оказания медпомощи. Медицинские услуги. Болезнь, травма, недуг как юридическая основа для медицинского обследования и лечения. Отказ от медицинского вмешательства. Оказание медпомощи без согласия. Обязательное медицинское освидетельствование и обследование. Правовые аспекты некоторых современных видов медицинской деятельности – биотехнологии, генной инженерии, донорства, трансплантации органов и тканей, пластических операций, искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, клонирования.

Правовые проблемы эвтаназий/суицида и смертной казни, искусственного прерывания беременности и стерилизации. Правовые аспекты народного целительства, траволечения, астрологии, хиромантии, заговоров, экстрасенсорного воздействия, нейролингвистического программирования (НЛП) и гипноза.

7. ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ

Понятие и значение биоэтики. Правовые аспекты биоэтики. Принципы биоэтики и их правовое оформление. Этические правила взаимоотношений медицинских работников и пациентов. Биоэтика и медицинская культура. Медицинская этика и право на информацию. Право родиться и право умереть. Этические и правовые проблемы аборта. Эвтаназия: этические и правовые проблемы.

Этика медицинских исследований и медицинских экспериментов. Этические и правовые проблемы новых репродуктивных технологий.

Перспективы развития и совершенствования биоэтики. Новые вызовы биоэтике. Биоэтика и законодательство. Клонирование человеческих существ: состояние и перспективы.

8. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Судебно-медицинская экспертиза: понятие и виды. Организация судебно-медицинской экспертизы, экспертизы на предварительном следствии и в судебном заседании. Правовое значение судебно-медицинской документации. Врачебно-трудовая экспертиза, военно-врачебная экспертиза. Права, обязанности и ответственность медицинского эксперта. Правовые основы судебно-психиатрической экспертизы: лишение и ограничение дееспособности граждан. Судебно-медицинская экспертиза по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников.

9. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Правовые средства предупреждения массовых инфекционных и неинфекционных заболеваний. Правовые основы и средства предупреждения и лечения алкоголизма, наркомании, ВИЧ-инфекции, заболеваний, передающихся половым путём, туберкулёза.

Диспансеризация. Правовые основы санитарно-эпидемиологического надзора. Медицина катастроф.

10. ГОСУДАРСТВЕННО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Государственно-правовое регулирование в сфере обращения лекарственных средств и фармацевтической деятельности. Государственный контроль качества, эффективности и безопасности лекарственных средств. Государственный контроль производства лекарственных средств. Государственная регистрация лекарственных средств.

11. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Финансирование здравоохранения: способы и порядок. Обязательное медицинское страхование. Добровольное медицинское страхование. Формы оказания помощи здравоохранению: благотворительность, пожертвования и др. Льготы по медицинскому обслуживанию и санаторно-курортному лечению.

12. КОНТРОЛЬ, ПРАВОНАРУШЕНИЯ И ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Контроль и надзор за соблюдением медицинского законодательства. Медицинско-правовые споры и конфликты. Разрешение и предупреждение споров и конфликтов.

Обжалование решений и действий (бездействий) врачей и органов здравоохранения, нарушающих права граждан.

Нарушения медицинского законодательства: понятие, виды и их юридические последствия.

Возмещение вреда, причинённого здоровью ненадлежащим врачеванием и некачественными медицинскими препаратами.

Юридическая ответственность за нарушение медицинского законодательства: понятие, виды, основания и условия реализации (административная, уголовная, дисциплинарная, имущественная).

Государственное принуждение в сфере здравоохранения. Принудительные меры медицинского характера: понятие и значение. Основания, цели и порядок применения принудительных мер медицинского характера. Виды принудительных мер медицинского характера, применяемые к лицам, признанным нуждающимися в лечении от алкоголизма и наркомании.

13. МЕЖДУНАРОДНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО (СОТРУДНИЧЕСТВО В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ)

Международные обязательства в области прав человека и здравоохранение. Государственные гарантии на охрану здоровья в соответствии с международными договорами.

Всемирная организация здравоохранения. Международная организация труда. Международный кодекс медицинской этики.

КОНСПЕКТЫ ЛЕКЦИЙ ПО КУРСУ «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

Тема 1. ПОНЯТИЕ И СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА

Предмет и метод медицинского права. Одной из тенденций развития и совершенствования системы российского права является её дальнейшая структуризация, выделение новых межотраслевых институтов, подотраслей и отраслей, таких как – муниципальное, банковское, бюджетное, налоговое, информационное. Серьёзные основания имеются для того, чтобы уже сейчас включить в число межотраслевых институтов и медицинское право. В будущем не исключается постепенное формирование самостоятельной отрасли медицинского права, поскольку объективная необходимость в регулировании фактически существующих общественных отношений предопределяет выделение соответствующей отрасли права.

Для формирования самостоятельной отрасли права особо значимы четыре критерия – своеобразие и качественная однородность тех или иных общественных отношений (иными словами, наличие предмета правового регулирования), распространённость общественных отношений данного типа, необходимость использования специальных правовых средств (методов) их регулирования и наличие правовых норм (достаточно обширного законодательства).

Применительно к медицинскому праву можно утверждать, что оно имеет свой предмет регулирования. В последнее время общественные отношения, связанные с обеспечением охраны здоровья населения и отдельных граждан, реализацией и защитой прав и свобод человека в сфере здравоохранения и медицинской деятельности, превратили здоровье человека в важнейший объект социального и даже политического регулирования. Реформа российского законодательства, прогресс науки, изменение этических представлений делают необходимым правовое регулирование общественных отношений, связанных с трансплантацией органов, использованием метода искусственного оплодотворения и имплантацией эмбриона, исследованиями фетальных тканей. Несомненно, нуждаются в правовом регулировании проблемы массовой вакцинации населения, определения правового и социального статуса ВИЧ-инфицированных и лиц, употребляющих наркотики. В обществе не решена проблема защиты человека от дискриминации по признаку наличия заболевания (психическое расстройство, ВИЧ-инфицированность и др.) Развитие в России рынка потребительских услуг остро поставило вопросы защиты прав пациентов и врачей. Безусловно, требуют правовой оценки факты причинения вреда законным интересам пациента в результате ненадлежащего лечения, но не менее злободневна проблема правовой защиты врача от необоснованных (а иногда и некомпетентных) притязаний пациента и его представителя. Это далеко не полный перечень вопросов, находящихся на стыке медицины и права.

Отношения, связанные со здоровьем человека, во многом специфичны, ибо обусловлены его физическим, нередко и психическим состоянием в различных ситуациях общественной, политической, профессиональной, семейной, бытовой жизнедеятельности. Удельный вес общественных отношений, обуславливаемых состоянием здоровья человека, необходимо мер по его защите и поддержанию в надлежащем состоянии и восстановлению (лечению), постоянно увеличивается. Здоровье отдельных людей, особенно руководителей государства, народа в целом, становится положительным или отрицательным фактором внутривнутриполитической и международной стабильности, развития и прогресса в экономике и социальной жизни. Последнее десятилетие характеризуется крупными сдвигами в медицинской науке и биологии, предопределяющими качество и продолжительность человеческой жизни, возможности излечения наследственных заболеваний, разнообразной трансплантологии, биотехнологии и клонирования. Это одновременно порождает не только чисто медицинские, но и этические и иные социальные проблемы, требующие правового решения и регулирования.

Совершенствование правового регулирования невозможно без разработки ряда теоретических проблем. Это касается прежде всего обоснования предмета и выбора методов правового регулирования, установления соотношения и взаимодействия различных правовых актов, решения вопросов юридической ответственности в сфере охраны здоровья граждан.

Переход к платным лечебно-профилактическим, санитарным и фармацевтическим услугам неизбежно приведёт к созданию нового хозяйственного механизма здравоохранения. Его основой становятся экономические и юридические категории, базирующиеся на расчёте стоимости медицинской услуги и процедуры, договорных отношений между сторонами, юридической (в том числе имущественной) ответственности за негативные результаты лечения (его неблагоприятные исходы), а также за вред, причинённый здоровью застрахованных больных ненадлежащим лечением.

В условиях страховой медицины имущественная ответственность возлагается на лечебно-профилактические учреждения и медицинских работников, особенно в случаях, когда здоровью пациента причиняется вред в результате их деятельности.

Изучение материалов уголовных дел экспертными комиссиями в связи с неблагоприятными исходами лечения показали, что в 27,9% случаев они были вызваны врачебными ошибками, в 8,5% – отсутствием надлежащих условий для медицинской деятельности и в 7,4% обусловлены недобросовестностью работников лечебно-профилактических учреждений.

Метод правового регулирования отношений в сфере медицинской деятельности. В соответствии со ст. 18 Конституции Российской Федерации права и свободы человека и гражданина определяют смысл, содержание и применение законов, деятельность законодательной и исполнительной власти, местного самоуправления и обеспечиваются правосудием. Какие права и свободы человека и гражданина реализуются либо затрагиваются в процессе медицинской деятельности? Какими методами (в том числе методами каких отраслей права) эти права и свободы могут быть эффективно реализованы либо защищены?

К сфере медицины имеют непосредственное отношение закреплённые Конституцией Российской Федерации и другими правовыми актами право на жизнь, право на здоровье и его охрану, право на личную неприкосновенность частной жизни, личную тайну.

Поскольку сохранение и улучшение здоровья является первейшей жизненной потребностью человека, то её удовлетворение всеми незапрещёнными способами относится прежде всего к сфере частной жизни граждан.

Существует также публичный интерес в обеспечении общественного здоровья, который воплощается в государственной профилактике болезней, оказании медицинской помощи лицам в беспомощном состоянии и отдельным категориям граждан (военнослужащим, детям и т.д.), оказании помощи в пределах установленного минимального стандарта, в рамках государственных или иных программ за счёт средств государства, муниципальных образований. Такие отношения включают элементы частно-правового регулирования, проявляющиеся в праве граждан на дачу согласия и отказ от медицинского вмешательства, на выбор лечащего врача, на участие в выборе способа лечения.

Существует третий тип отношений. В соответствии с ч. 3 ст. 55 Конституции Российской Федерации права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены Федеральными законами (ФЗ) в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства. Реализация данной нормы допускает принудительное лечение, медицинское освидетельствование (диагностику), принудительные профилактические мероприятия и т.п. В качестве примера можно указать на меры, предусмотренные в ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммуно-дефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Законе Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». Все эти медицинские отношения лежат в сфере публичного (административного) права. Их участниками являются наделённые компетенцией уполномоченные органы и учреждения, на граждан возлагается обязанность выполнять предписанные законом мероприятия, им представляются специальные гарантии прав и свобод.

Сложились три подхода к правовому регулированию медицинских отношений: на основе административно-правового, гражданско-правового методов и смешанный – социально-правовой. Однако это обстоятельство не должно препятствовать созданию Медицинского кодекса. Действующие кодексы содержат нормы различных отраслей права. Даже в таком «чистокровном» кодексе, как Гражданский, имеются нормы административного, гражданско-процессуального права. Медицинский кодекс должен закрепить указанное многообразие методов правового регулирования, установить регулятивные начала (дозволения и запреты), границы их действия.

На данный момент административно-правовой метод правового регулирования в области здравоохранения продолжает играть весьма важную роль, так как многие отношения здесь регламентируются административными актами: положениями, инструкциями, правилами и т.д. Такими актами определяются служебные права и обязанности работников здравоохранения, «технология» лечения, санитарно-профилактической деятельности, медицинской реабилитации, правонарушения в области охраны здоровья.

Тема 2. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИИ О ЗДРАВООХРАНЕНИИ И МЕДИЦИНЕ

Учитывая растущую социальную и экономическую значимость медицины, не уменьшающееся число врачебных ошибок и других нарушений требований медицинской этики и деонтологии¹, вплоть до преступлений, высокую ответственность врачей и других представителей медицинской профессии перед людьми и обществом в целом, было признано необходимым разработать специальный раздел права – медицинское право. Такое предложение было рассмотрено в 1977 г. на IV Международной медико-правовой конференции в Праге. Сегодня медицинское право – это 16 отрасль права, признанная наряду с другими отраслями, такими как уголовное, гражданское, трудовое, семейное и пр. Проблема правовой регламентации медицинской деятельности и защиты прав и законных интересов граждан России в области охраны здоровья имеет исключительное значение. Главные причины тому – несовершенство медицинской законодательной базы, отсутствие реальных (а не декларативных) правовых механизмов обеспечения охраны здоровья, правовой нигилизм медицинского персонала и юридическая неграмотность населения, социально-правовая незащищённость, как пациента, так и медицинского работника.

Среди основных направлений качественного улучшения ситуации в отечественном здравоохранении, наряду с другими, следует назвать:

- совершенствование нормативно-правовой базы сферы охраны здоровья (законодательный уровень);
- признание медицинского права как самостоятельной отрасли права (научно-теоретический уровень).

Становление новой отрасли права – процесс в достаточной степени длительный, зависящий от множества факторов и составляющих. Вот некоторые причины, свидетельствующие о возможности рассмотрения медицинского права в качестве «претендента» на самостоятельность:

- действующий классификатор правовых актов предусматривает наличие отрасли законодательства, регулирующей вопросы здравоохранения;
- учебные программы юридических и медицинских вузов всё чаще содержат специальные разделы по медицинскому праву, а в самих учебных заведениях организуются самостоятельные кафедры для преподавания медицинского права;

¹ Деонтология – совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников.

- диссертационные исследования, выполняемые по отраслям юридической науки, нередко посвящены актуальным проблемам юридического обеспечения медицинской деятельности;
- научно-практические конференции, всероссийского и международного уровня, организуются и проводятся для обсуждения и решения значимых вопросов медицинского права;
- в системе Российской академии медицинских наук, имеющей государственный статус, в 2004 г. открыто новое научное направление – «Медицинское право»;
- издание журналов, сборников, монографии по медико-правовому направлению.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 15 марта 2000 г. № 511 «О классификаторе правовых актов» (с посл. изм.) выделен специальный раздел, посвящённый здравоохранению, – 140.010.000. Это даёт основания говорить о наличии самостоятельной отрасли законодательства – законодательства о здравоохранении.

В качестве составных частей отрасли законодательства о здравоохранении выделяются нормативные акты по таким направлениям, как:

- управление в сфере здравоохранения;
- медицинское страхование;
- медицинские учреждения;
- медицинская экспертиза и др.

До недавнего времени структура базового юридического образования предусматривала изложение вопросов нормативно-правового обеспечения медицинской деятельности для будущих юристов в рамках государственного, гражданского, уголовного права. Будущие же врачи знакомились с проблемами медицинского права на кафедрах судебной медицины, социальной гигиены и организации здравоохранения, истории медицины, общественных наук.²

Характерной чертой современного этапа становления российской правовой системы является увеличение (расширение) законодательства о здравоохранении и медицине. В то же время законодательство об охране здоровья граждан имеет выраженный комплексный характер, который опосредуется проявлением регулятивных норм различных отраслей права при регламентации сложных правоотношений в сфере здравоохранения. В силу особого отношения государства к охране здоровья населения, возведения отношений по охране здоровья в конституционный ранг (ст. 41 Конституции Российской Федерации), в данных отношениях наблюдается ярко выраженная публичность регулирующего эти отношения законодательства с преобладанием административно-регулятивной функции, несмотря на общий комплексный характер законодательства о здравоохранении.

Структура законодательства о здравоохранении как комплексное образование включает в себя Конституцию Российской Федерации и целый ряд нормативных правовых актов, конкретизирующих её положения.

В ст. 2, 7, 20, 41 Конституции Российской Федерации одной из основных задач Российского государства определена задача охраны здоровья людей, создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека, закреплены права граждан России на жизнь и здоровье.

Конкретизирована данная обязанность государства по охране здоровья населения в целом комплексе нормативных актов, среди которых особо (по своей значимости) следует выделить следующие:

- «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г. № 5487-1(с посл. изм. и доп.);
- Федеральный закон (ФЗ) от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации»³;
- ФЗ от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»⁴;
- ФЗ от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»⁵;
- ФЗ от 22.06.1998 г. № 86-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «О лекарственных средствах»⁶;
- ФЗ от 08.01.1998 г. № 3-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «О наркотических средствах и психотропных веществах»⁷;
- ФЗ от 09.01.1996 г. № 3-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «О радиационной безопасности населения»⁸;
- ФЗ от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»⁹;
- ФЗ от 23.02.1995 г. № 26-ФЗ (с посл. изм. и доп.) «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах»¹⁰;
- Закон Российской Федерации от 09.06.1993 г. № 5142-1 (с посл. изм. и доп.) «О донорстве крови и её компонентов»¹¹;
- Закон Российской Федерации от 14.05.1993 г. № 4979-1 (с посл. изм. и доп.) «О ветеринарии»¹²;
- Закон Российской Федерации от 22.12.1992 г. № 4180-1 (с посл. изм. и доп.) «О трансплантации органов и (или) тканей человека»¹³;

² Пищита А.Н. Проблемы правового регулирования здравоохранения // Российская юстиция. 2005. № 9.

³ Собрание законодательства Российской Федерации (далее – СЗ РФ). 2001. № 26. Ст. 2581.

⁴ СЗ РФ. 1999. № 14. Ст. 1650.

⁵ СЗ РФ. 1998. № 38. Ст. 4736.

⁶ СЗ РФ. 1998. № 26. Ст. 3006.

⁷ СЗ РФ. 1998. № 2. Ст. 219.

⁸ СЗ РФ. 1996. № 3. Ст. 141.

⁹ СЗ РФ. 1995. № 14. Ст. 1212.

¹⁰ СЗ РФ. 1995. № 9. Ст. 713.

¹¹ Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации (далее – Ведомости СНД и ВС). 1993. № 28. Ст. 1064.

¹² Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 24. Ст. 857.

– Закон Российской Федерации от 02.07.1992 г. № 3185-1 (с посл. изм. и доп.) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»¹⁴;

– Закон Российской Федерации от 28.06.1991 г. № 1499-1 (с посл. изм. и доп.) «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»¹⁵;

– ФЗ от 20.05.2002 г. № 54-ФЗ «О временном запрете на клонирование человека».

Кроме того, в соответствии с положениями ст. 72 Конституции Российской Федерации (п. «ж») координация вопросов о здравоохранении отнесена к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, поэтому к законодательству о здравоохранении относятся также законы и подзаконные акты субъектов Российской Федерации, устанавливающие нормы регулирования отношений в рассматриваемой сфере.

Анализ приведённого выше перечня основных законов, регулирующих общественные отношения в сфере здравоохранения, показывает, насколько разнятся эти законы по характеру регулируемых отношений. Законы «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О медицинском страховании граждан», «О лекарственных средствах» по степени широты охватываемых ими отношений несоизмеримы по сравнению, например, с Законом «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации» или даже с Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», несмотря на всю его значимость с точки зрения защиты прав человека. Очевидно, установившаяся структура законодательства о здравоохранении в настоящее время чрезвычайно неоднородна по своему составу, что обусловлено во-первых спецификой регулируемых этим законодательством общественных отношений, во-вторых, уровнем законодательной разработанности этой области.

Тем не менее, имея свои цели и задачи, указанные нормативные документы, взятые в отдельности, выполняют очень значимую роль в достижении общей социальной задачи – обеспечение правовой базой деятельности по охране здоровья граждан.

Необходимость объединения названных нормативных актов в области охраны здоровья граждан в единый законодательный комплекс вытекает из того, что любой из этих нормативных актов не может надлежащим образом выполнить свою социальную задачу изолированно от других.

Раскрывая подробнее механизм правового регулирования отношений в области здравоохранения в Российской Федерации, следует подробнее сказать о его содержании. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» были разработаны и приняты 22.07.1993 г. (№ 5488-1), вступили в силу 18.08.1993 г.

Государство в Основах объявляет, что обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национального языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.

Основы декларируют также, что государство гарантирует защиту от дискриминации, связанной с наличием у гражданина заболевания. В действительности граждане в Российской Федерации не могут добиться равенства со здоровыми в праве на труд, если в связи с заболеванием или травмой они имеют дефект функции или только внешний дефект. Во-первых, невозможно доказать, что отказ в приёме на работу связан с заболеванием. Точно так же всегда трудно получить работу женщине с очевидными признаками беременности, хотя её не принимают на работу по другим причинам. Во-вторых, в России нет закона, который обязывал бы работодателей создавать условия для работы инвалидам.

Впервые в Основах (ст. 7) определена компетенция субъектов Российской Федерации, которые обеспечивают на своих территориях выполнение федерального законодательства и обладают законодательной инициативой в области охраны здоровья граждан, а также осуществляют контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи. В ст. 3 Основ оговорены полномочия высших органов государственной власти и управления в области охраны здоровья граждан. Президент Российской Федерации, помимо издания соответствующих указов, не реже одного раза в год должен выступать в законодательном органе власти с докладом о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состояния здоровья населения. Указами Президента регулируются отдельные вопросы охраны здоровья. Например, Указ Президента Российской Федерации от 17.02.1995 г. № 161 «О гарантиях права граждан на охрану здоровья при распространении рекламы»¹⁶.

Правительство Российской Федерации в рамках своих полномочий разрабатывает, утверждает и финансирует федеральные программы по развитию здравоохранения, координирует деятельность органов государственного управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности в области охраны здоровья граждан. Правительство Российской Федерации принимает также соответствующие постановления. Например, Постановление Правительства Российской Федерации № 965 от 13.08.1996 г. «О порядке признания граждан инвалидами»¹⁷, Постановление Правительства Российской Федерации № 350 от 25.03.1996 г. «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности»¹⁸.

Ещё одной особенностью регулирования медицинской деятельности в России является огромное количество административных актов, т.е. приказов Министерства здравоохранения. Так, в 1988 г. общее количество таких актов насчитывалось до 5 тысяч.¹⁹ Безусловно, такие акты принимаются с целью всестороннего и детального правового регулирования рассматриваемых отношений. Необходимо, однако, разумно расставлять акценты в таком регулировании. Так, если речь идёт о регулировании чисто «технологических» лечебных вопросов (порядке осуществления той или иной терапевтической процедуры, метода лечения, профилактики), то применение административных актов вполне оправданно.

¹³ Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 2. Ст. 62.

¹⁴ СЗ РФ. 1998. № 30. Ст. 3613.

¹⁵ Ведомости СНД и ВС РСФСР. 1991. № 27. Ст. 920.

¹⁶ Российская газета. 1995. 22 апреля.

¹⁷ Российская газета. 2006. 28 февраля.

¹⁸ СЗ РФ. 1996. № 14. Ст. 1455; 2001. № 22. Ст. 2247; 2002. № 27. Ст. 2710; 2007. № 5. Ст. 656; 2008. № 15. Ст. 1551.

¹⁹ Анисимов В., Гладун О., Шиленко Ю. Здравоохранение в новых условиях хозяйствования // Российская юстиция. 1991. № 8. С. 23.

Однако в случае, если профессиональная деятельность работника здравоохранения затрагивает права граждан, соответствующие отношения должны регулироваться исключительно законом. К сожалению, большинство ведомственных нормативных актов в области здравоохранения не публиковалось в открытой печати, и поэтому основная часть граждан не могла ознакомиться с ними, и, следовательно, сами пациенты лишены понимания процесса оказания им медицинских услуг, а медицинские работники в своей деятельности только и прислушиваются к ведомственным актам, напрочь забывая о законах, имеющих, как известно, высшую юридическую силу.

Вместе с тем в области здравоохранения выявился ряд проблем, порождённых практикой правотворчества и отрицательно сказывающихся на качестве законодательных актов.

Например, работа над проектами Основ законодательства об охране здоровья граждан и Закона о психиатрической помощи велась в Верховном Совете Российской Федерации одновременно. При этом законодательный акт более общего действия (Основы) должен был предшествовать специальному (медико-отраслевому). Однако реальный законотворческий процесс сложился иначе. Проект специального психиатрического закона оказался готовым значительно раньше. В результате он был принят в июле 1992 г. и вступил в действие с 01.01.1993 г., тогда как Основы удалось принять лишь в июле 1993 г. Они вступили в действие 18.08.1993 г. Таким образом, логическая последовательность законотворчества, когда нормы специального закона должны опираться на положения более общего и уже существующего, была нарушена, что отрицательно сказалось на содержании обоих законодательных документов. В них имеются повторы, противоречия, некоторые иные технико-юридические погрешности.

В 1995 г. был подготовлен проект федерального закона, посвящённый правам пациентов, – «О правах и безопасности пациентов в сфере здравоохранения». В концептуальном плане законопроект сосредоточен на решении следующих задач:

- установить взаимосвязь между политическими, экономическими, гражданскими, социальными и культурными правами человека и правами пациентов, составляющими особую категорию этих прав;
- определить сферу ограничения прав пациентов в случаях, когда их осуществление может угрожать общественному здоровью;
- установить механизмы защиты прав пациентов и контроля за их соблюдением, в том числе через создание комитетов по правам пациентов, действующих на уровне Российской Федерации, субъектов Федерации.

Введение законопроекта в силу могло способствовать обеспечению безопасности в сфере здравоохранения, росту правовой культуры и правосознания народа, укреплению правопорядка в стране. Однако проект данного закона²⁰, к сожалению, так и остался проектом, не воплотившись в действующий законодательный акт.

Детальный анализ законодательства о здравоохранении показывает, что перечисленные выше законы слабо координируются «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Связи управления между Основами законодательства и рассматриваемыми законами весьма схематичны, а в некоторых случаях вообще прослеживаются слабо. Большинство законов, например, Закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии граждан» или Закон «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации» вообще не опираются на Основы законодательства, а, фактически устанавливая самостоятельный комплексный институт законодательства, отталкиваются непосредственно от Конституции Российской Федерации. Кроме того, законы, регулирующие отношения в сфере здравоохранения, практически не ссылаются и не опираются друг на друга. Например, Закон «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации» никак не связан с Законом «О лекарственных средствах», несмотря на то, что для профилактики и ранней диагностики этого заболевания используются именно лекарственные средства. В то же время наблюдается дублирование предписаний законодательства, устанавливаемых этими законами. Так, Закон «О предупреждении распространения туберкулёза в Российской Федерации» дополнительно требует обеспечение государственного контроля за производством, хранением и транспортировкой противотуберкулёзных вакцин и иммунобиологических лекарственных средств для ранней диагностики туберкулёза, их качеством, эффективностью и безопасностью, полностью игнорируя то обстоятельство, что абсолютно идентичные требования установлены Законом «О лекарственных средствах» в отношении всех без исключения лекарственных средств, в том числе и лекарств для предупреждения и лечения туберкулёза.

Таким образом, на сегодняшний день всю совокупность актов законодательства о здравоохранении с некоторой натяжкой можно отнести всё же скорее к комплексной отрасли законодательства, нежели к нормативному массиву (комплексу), находящемуся в стадии активного превращения и формирования в комплексную отрасль российского законодательства.²¹

Тема 3. ПРИНЦИПЫ БИОЭТИКИ

Гёте говорил, что, если кто-то хочет изучать что-нибудь живое, сначала его убивает, а потом разделяет на части.

Успехи естествознания на этом пути обнадёживают настолько, что такой подход распространили и на человека.

Биоэтика – отрасль научного знания в области исследования проблем, непосредственным источником которых является стремительный прогресс биомедицинских наук и технологий. Именно то, что замышляется и делается с единственной и безусловно благой целью – облегчить страдания человека, повысить качество и продолжительность его жизни, оказывается источником проблем. Перечень этих проблем огромен, и мы назовём лишь некоторые из них: проблема эвтаназии, медико-биологических экспериментов на человеке, искусственное оплодотворение и этические проблемы аборта, клонирование и терапия эмбриональными тканями и т.д.

Согласно закону любое право может быть ограничено только законом, но в условиях активного развития медицины и биотехнологий, оказалось, что права на защиту здоровья с помощью новых средств диагностики и лечения изменяют и

²⁰ Денисенко Б.А. О правах пациента: (О проекте ФЗ «О правах пациента») // Гудок. 1995. 31 августа. С. 6.

²¹ Сергеев Ю.Д., Милушин М.И. Медицинское право. 2005. № 3.

ограничивают другие права вокруг достоинства и неприкосновенности личности. Биоэтика – это совокупность этических норм в области охраны здоровья человека, которая работает до закона.

Одновременно с процессом структуризации медицинского права в России начался непосредственно связанный с этим процесс становления и институционализации биоэтики – научной дисциплины и сферы практической деятельности по неформальной регуляции отношений в области медицинского обслуживания. Очевидно, что рассматривать эти процессы изолированно нельзя. Предметом биоэтики является нравственное отношение ко всему живому. Для человека, чьё отношение, собственно, и имеется в виду, среди всего живого самым ценным является он сам. Следовательно, отношение к человеку как живому существу является приоритетной ценностью биоэтики. Это и объясняет причины её возникновения как науки именно в последней трети XX в. Но эти же причины обуславливают и выделение медицинского права в особую отрасль права.

В медицине полем биоэтической регламентации выступают:

- взаимоотношения врача и пациента;
- взаимоотношения внутри профессиональной группы медицинских работников («по вертикали»: администрация, врачи, средний медперсонал, младший медперсонал);
- взаимоотношения между подгруппами медицинских специалистов («по горизонтали»: хирурги – терапевты – онкологи – гинекологи – стоматологи – педиатры – фармацевты и провизоры – работники страховых компаний и т.д.);
- отношения собственности и прибыли в медицинской практике;
- отношения к новым научным достижениям и критерии их использования в медицинской практике;
- отношения на рынке лекарств;
- эстетические нормы медицинской помощи;
- отношение медицинских работников к социальным и природным факторам, влияющим на состояние здоровья их пациентов;
- принципы обособления данной профессиональной группы в обществе;
- отношение к власти и законам, действующим в данном обществе;
- моральный статус пациента в отношении своего здоровья и рекомендаций врача.

Биоэтическая регуляция гораздо строже, чем обычная моральная. Высокая степень интегрированности биосоциального пространства человека в эпоху постиндустриального общества предполагает именно такую регуляцию, однако медицинское сообщество ещё не осознало до конца её необходимость.

Можно предположить, что юридическое сообщество также ещё не осознало до конца необходимость и уникальность медицинского права. Более того, любой специалист, ознакомившись с представленным выше полем биоэтической регуляции, справедливо заметит, что оно тождественно правовому полю отношений в медицине. Здесь нет противоречия, поскольку любая правовая норма является в то же время нормой морали.

Можно сделать следующий вывод о соотношении моральной, биоэтической и правовой регуляции:

- моральная норма не является обязательной и в большинстве случаев не закреплена законом;
- в биоэтике нормы обязательны, но не всегда закреплены законом;
- в праве нормы обязательны и закреплены законом.

В отличие от других отраслей этики в биоэтике существуют специально организованные социальные субъекты, которые контролируют выполнение её норм в медицинской деятельности. Эти социальные субъекты – этические комитеты. Другими словами, один из основных отличительных признаков морали – неформальность санкций – в биомедицинской этике не выражен.

Этические комитеты начали создаваться тогда, когда общество осознало возможность угрозы жизни со стороны научно-технических достижений медицины. Этические комитеты не могли быть созданы и успешно функционировать до появления теоретического обоснования принципов моральной регуляции нового этапа развития медицины – биомедицины. Таким обоснованием явилась биоэтика.

Юридического обоснования для этических комитетов на международном уровне не существует. Этическими принципами, обеспечивающими их деятельность, являются Женевская клятва врачей, Хельсинская декларация и Международная хартия по правам человека – международные документы естественного права. Как правило, национальные этические комитеты (комиссии) создаются распоряжениями главы государства. Решения, принимаемые этическими комитетами, не носят обязательного характера, однако ни одна фармацевтическая компания не принимает решения о начале клинических испытаний без санкции этического комитета. Более того, при решении вопроса о присуждении учёной степени по медицинским наукам ВАК в сложных случаях считает отсутствие справки этического комитета аргументом для отрицательного решения, несмотря на то, что Положением ВАК о присуждении учёных степеней такой документ не предусмотрен в качестве обязательного. Уже есть случаи, когда заключение этического комитета становилось аргументом для прокуратуры в вопросе о возбуждении уголовного дела. Де-юре этические комитеты остаются в поле моральной регуляции, а де-факто они уже приобретают правовой статус.

Международные документы по биомедицинской этике не обладают юридической силой в национальных государствах. Однако присоединение государства к тому или иному документу влечёт за собой обязательное закрепление его норм в национальном законодательстве.

Примером в этом отношении является практика присоединения государств к Конвенции по правам человека в биомедицине. Россия, кстати, до сих пор к Конвенции не присоединилась. Возможно, поэтому пакет законов в области медицинского права у нас носит несколько дискретный характер.

В морали лишь некоторые её нормы, становясь правовыми обычаями, впоследствии интегрируются в закон. В биоэтике существует тенденция интеграции любой (каждой) этической нормы в норму права.

Эмпирически это можно проиллюстрировать на примере судьбы такой правовой (или этической?) нормы, как информированное согласие пациента. С точки зрения общей теории морали врач может выбирать: информировать пациента о перспективах и стратегии лечения или нет. С точки зрения закона он обязан информировать пациента и получать его

согласие на лечение. С точки зрения биоэтики – информировать обязан, получить согласие обязан, но объём информации, способ её предоставления и форма получения согласия зависят уже от свободы выбора врача. Однако в последнее время отсутствие единой формы информированного согласия вызывает всё больше трудностей. В разных ЛПУ она утверждается по-разному. Чаще всего просто заимствуют у тех, кто уже её применяет, не думая об особенностях лечебного процесса. Вероятно, уже назрела необходимость утвердить такую форму централизованно.

Биоэтика отличается от всех других форм морали своим предметом. Там, где речь идёт о жизни и смерти, одних моральных норм не достаточно. Эта сфера человеческого бытия всегда и во все времена, у всех народов описывалась и регулировалась нормами права. Здесь всегда действовали формальные санкции. Другое дело, что закон только очерчивал границы допустимого, за которые медики не имеют права выходить. В эпоху новых биотехнологий, плюралистических обществ и антропологического кризиса эти правовые рамки определяют границы применения биомедицинской этики.

В настоящее время у нас в стране идёт процесс институализации биоэтики в правовом поле. Под институализацией понимается юридическое оформление социальных субъектов этического регулирования в сфере медицины – этических комитетов, а также формализация некоторых наиболее актуальных этических норм и санкций. Если представить себе происходящие в данной области изменения именно таким образом, получится, что биоэтика – это уже не мораль, но ещё не право. Вероятно, в этом и состоит её основная функция – транслировать нормы морали в правовое поле, отбирать и эксплицировать те этические детерминанты, которые обладают юридическим потенциалом.²²

Принцип «не навреди». Принцип «не навреди» является старейшим в медицинской этике. Это наиболее важный принцип в деятельности врача, в нём суть врачебной этики Гиппократов. Для раскрытия принципа необходимо определить, что именно понимается под вредом применительно к деятельности врача, к его взаимоотношениям с пациентами. Рассматривая позицию с точки зрения врача, следует различать такие формы вреда:

- вред, вызванный бездействием, неоказанием помощи тому, кто в ней нуждается;
- вред, вызванный недобросовестностью, злым или корыстным умыслом;
- вред, вызванный неверными, нерасчётливыми или неквалифицированными действиями;
- вред, вызванный объективно необходимыми в данной ситуации действиями.

Каждая из указанных разновидностей вреда оценивается по-разному. *Неоказание помощи* в некоторых случаях будет расценено как правонарушение и повлечёт за собой юридическую ответственность для специального субъекта (медработника). Например, врач, который находится на дежурстве, не выполняет тех действий, которые он должен осуществить в отношении данного пациента. Повлиять на тяжесть ответственности могут различные обстоятельства. Например, если врачу пришлось потратить время и силы на помощь другому пациенту, находящемуся в более тяжёлом состоянии. Тем не менее пациент, которому не была оказана помощь, либо его родственники могут предъявить врачу претензии вплоть до судебного иска. Уголовное законодательство России предусматривает ответственность за неоказание помощи больному лицом, обязанным её оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом по ст. 124 УК Российской Федерации.

Другой вариант – когда врач не находится при исполнении своих служебных обязанностей. В этом случае ответственность может быть в большинстве случаев только моральная.

Вторая разновидность – *вред, причинённый вследствие недобросовестности* (т.е. ненадлежащего исполнения своих прямых обязанностей) или *умышленно, преднамеренно*. Причинение такого вреда также повлечёт как юридическую ответственность, так и моральное осуждение.

Не вызывает особых затруднений с точки зрения этического анализа *вред, обусловленный недостаточной квалификацией*, неумением врача качественно выполнять свои обязанности. Само понятие квалификации врача имеет не только сугубо техническое, но и моральное содержание – тот, кто, став врачом, не умеет делать того, что обычно делает врач, достоин морального осуждения. С другой стороны, может быть высказано мнение, что к врачу высокой квалификации предъявляются повышенные требования, причём не только в специальном, но и в моральном отношении.

Наконец, четвёртая из перечисленных разновидностей – это *объективно необходимый вред*. Сама формулировка уже исключает какую-либо юридическую ответственность. Практически каждое посещение врача несёт в себе тот или иной вред для пациента (визит к врачу это трата времени, денег, следование предписанному режиму, госпитализация, причинение боли, ампутация и пр.)

Ещё одна форма вреда связана с информированием пациента о том, что касается его состояния и прогноза его заболевания. В этом случае вред может быть связан как с утаиванием информации, с обманом пациента, так и с сообщением ему правдивой информации.

Вред пациенту может проистекать и из того, что врач или любой другой работник лечебного учреждения сообщает медицинскую информацию о данном пациенте третьим лицам (нарушает правило конфиденциальности). Раскрытие такой информации является нарушением закона, защищающего врачебную тайну, и в таких случаях нельзя говорить о том, что данный вред неизбежен. Но и в тех ситуациях, когда закон допускает или даже требует раскрытия этой информации (но только строго определённого кругу лиц!), пациенту тем не менее может быть нанесён вред – который теперь уже оказывается неизбежным, – хотя бы тем самым и была предотвращена опасность нанесения вреда другим людям, скажем, посредством их информирования. (Речь может идти о наличии ВИЧ-инфекции у пациента, серьёзных психических отклонений, бесплодия и т.д.). Во всех этих случаях речь идёт о причинении пациенту не физического, а морального вреда.

Таким образом, принцип «не навреди» предполагает, что пациент получит от врача некое благо. Поэтому тот неизбежно необходимый вред, который врач может в ходе своей деятельности причинить пациенту, не должен превышать того блага, которое приобретается в ходе медицинского вмешательства. Важно также, чтобы при выбираемом варианте действий сам по себе этот вред был минимальным по сравнению со всеми другими возможными вариантами.

Коротко принцип «не навреди» можно сформулировать так: вред, исходящий от врача, должен быть только вредом объективно неизбежным и минимальным.

²² Седова Н.Н. Правовой статус биоэтики в современной России // Медицинское право. 2005. № 1.

Принцип «делай благо». Этот принцип является расширением и продолжением предыдущего, иногда их даже объединяют. Он известен далеко за пределами медицины и является исходным требованием всех вообще моральных взаимоотношений между людьми.

Принцип «делай благо» не запрет, а норма, которая требует некоторых позитивных действий. Он акцентирует необходимость не просто избегания вреда, но активных действий по его предотвращению и (или) исправлению. Имеется в виду любой вред, который врач в состоянии предотвратить либо исправить, будь то боль, страдание, недееспособность, смерть пациента. Наиболее ярким проявлением принципа «делай благо» в медицине является *профилактика*.

Иногда принцип «делай благо» понимается как моральный идеал, а не моральное обязательство. Разные этические теории обязанность делать добро обосновывают по-разному. Утилитаристы данную обязанность считают непосредственным следствием принципа пользы – делая добро другим, мы увеличиваем общее количество блага в мире. В деонтологической этике Канта обязанность делать добро является требованием, вытекающим из категорического императива, – если ты хочешь, чтобы делание добра другим было всеобщей нормой и чтобы другие делали тебе добро, делай и сам добро другим. Юм Д. обосновывал необходимость делать добро другим природой социальных взаимодействий: живя в обществе, я получаю благо от того, что делают другие, а потому и я обязан действовать в их интересах.

Целью всего здравоохранения является не просто избегание вреда, а обеспечение блага пациентов, а значит, и всех людей и общества в целом. Когда были изобретены методы предотвращения таких болезней, как желтая лихорадка или чума, вполне естественным было осуществление позитивных действий, т.е. принятие специальных программ профилактики этих тяжёлых заболеваний, осуществляемых в общенациональных масштабах.

В целом то благо, которое обязаны преследовать врачи и другие медицинские профессионалы, – это обеспечение здоровья пациентов. Задача здравоохранения – предупредить потерю здоровья, если это возможно, восстановить утраченное здоровье пациента, коль скоро есть разумная надежда на его излечение, хотя в ряде случаев приходится довольствоваться и меньшим, например, тем, чтобы приостановить прогрессирующее развитие болезни или даже – в случае паллиативной медицины – облегчить боли и страдания умирающего.

Однако проблемы понимания блага всё же существуют. Многовековая традиция медицинской практики состоит в том, что в каждом конкретном случае именно врач решает, в чём состоит благо пациента. Такой подход принято называть патерналистским.²³

Медицинский патернализм предполагает, что врач может опираться лишь на собственные суждения о потребностях пациента в лечении, информировании, консультировании. Позиция патернализма позволяет оправдывать принуждение пациентов, их обман или сокрытие от них информации, коль скоро это делается во имя их блага. В России позиции патернализма вообще и медицинского в частности имеют глубокие корни, со времён, когда земские врачи брали на себя заботу о здоровье малограмотных крестьян.

Ни для кого не секрет, что патернализм как норма отношений врач – пациент укоренён в христианской морали. В профессиональной врачебной этике на протяжении более двадцати столетий никогда и никем не оспаривались ценности милосердия, сострадания, заботы, помощи, которые составляли краеугольное основание морально-нравственного отношения врача к больному, страдающему человеку.

Принцип уважения автономии пациента. Принцип уважения автономии пациента становится одним из основополагающих в биомедицинской этике в последние десятилетия, когда ставится под сомнение безусловная и исключительная компетентность врача в определении блага пациента. Этот принцип опирается на представление о том, что человеческая личность самоценна независимо от каких бы то ни было привходящих обстоятельств. Согласно деонтологической этике Канта, уважение автономии проистекает из признания того, что каждый человек есть безусловная ценность и, следовательно, он в состоянии сам определять собственную судьбу. В этой связи Кант высказал такое соображение, которое легло в основу практически всех международных и национальных этических кодексов, деклараций и иных документов, регулирующих моральную и юридическую сторону медицинских вмешательств в физическое и психическое существование человека: «Каждая личность – самоцель и ни в коем случае не должна рассматриваться как средство для осуществления каких бы то ни было задач, хотя бы это были задачи всеобщего блага». Речь идёт о том, что благо отдельной личности не просто соразмерно, но даже более значимо, чем благо всего человечества. С этой мыслью Канта перекликаются и знаменитые слова Ф.М. Достоевского из «Братьев Карамазовых» о том, что всеобщее счастье невозможно, если во имя его пролита хотя бы одна слезинка ребёнка.

Особенно существенно это требование для практики биомедицинских экспериментов на человеке, ибо ситуация такого эксперимента с неизбежностью несёт в себе конфликтное начало – бремя риска ложится на испытуемого, тогда как предполагаемое благо становится достоянием всего человечества. Разумный вывод, впрочем, состоит отнюдь не в том, чтобы запретить эксперименты на человеке, хотя есть сторонники и такой точки зрения. Речь о том, что риск, которому подвергается испытуемый, должен соразмеряться с ожидающимся именно для него благом, а также о том, что участие в эксперименте должно быть его осознанным и свободным выбором.

Принцип автономии утверждает право личности на невмешательство в её планы и поступки и, следовательно, обязанность других не ограничивать автономные действия. Из этого, конечно, не следует, что окружающие никогда не вправе препятствовать автономным действиям. В каждом случае ограничение автономии должно специально обосновываться другими принципами. Дело не в том, что этот принцип никогда и ни при каких обстоятельствах не должен нарушаться. Если в той или иной конкретной ситуации его требования вступают в противоречие с требованиями какого-либо другого принципа, например, принципа «не навреди», то возникает необходимость нарушить один из них.

Например, если речь идёт об информировании безнадежно больного пациента о диагнозе его заболевания. Само сообщение правдивой информации может нанести человеку непоправимый вред, если он не готов к этому психически и

²³ Термин «патернализм» чаще используется в социально-политических теориях и характеризует такой тип отношений государства и подданных либо граждан, при котором государство изначально считает себя безусловным представителем и выразителем их блага и их интересов, не заботясь о выявлении их мнений и интересов. Кант считал сутью патерналистского правительства великодушное ограничение свободы его субъектов, т.е. подданных, и характеризовал его как наихудший мыслимый деспотизм.

морально. Впрочем, ныне действующее российское законодательство даёт пациенту право знать о таком диагнозе, хотя при этом отмечается, что информация должна быть сообщена «в деликатной форме».

Следует также отметить, что действие принципа уважения автономии естественным образом ограничивается в отношении тех, кто не в состоянии действовать автономно, – детей, пациентов с некоторыми психическими заболеваниями, тех, кто находится в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, и т.п. При этом существенно, что ограничение автономии оправдывается другим принципом – «делай благо», т.е. действуй с целью защиты такого человека от вреда, который он может причинить себе.

Принцип справедливости. Термин «справедливый» чаще понимается в смысле «морально одобряемый», «правильный». Такая трактовка не всегда совпадает с пониманием справедливости в биомедицинской этике. Например, при испытаниях новых лекарственных препаратов или методов лечения обычно бывает необходимо разбивать испытуемых на две группы. Те, кто вошёл в первую группу, получают испытываемый препарат. Тем же, кто оказался в другой группе (её называют контрольной), вместо этого препарата дают безвредную имитацию его – *плацебо*, причём сами они об этом не знают. Можно сказать, что обман испытуемых из второй группы является несправедливостью по отношению к ним. Однако этот обман будет нарушением не только принципа справедливости (в контрольной группе препарат не получают, а на его эффект рассчитывают), но рассмотренного ранее принципа уважения автономии.

Что касается принципа справедливости, как он понимается в биомедицинской этике, то его можно сформулировать примерно так: *каждый должен получить то, что ему причитается*. Проблема возникает при распределении ограниченного ресурса (квалифицированные специалисты, медицинские установки, препараты, финансы и пр.) В этом случае необходимо определить *критерий распределения*. Основная трудность, с которой приходится иметь дело при распределении ограниченного ресурса, состоит в определении того, какая его доля должна по справедливости причитаться каждому, кто в нём заинтересован. Для решения этой задачи приходится обращаться к тем или иным критериям справедливости. Известен восходящий к Аристотелю критерий справедливости, который можно сформулировать так: равные должны рассматриваться равно, а неравные должны рассматриваться неравно.

Однако проблема распределения, соразмерения остаётся нерешённой. Принцип справедливости, подобно каждому из рассмотренных ранее принципов, имеет не абсолютную, но лишь относительную силу.

«Информированное согласие» пациента на медицинское вмешательство. Модель взаимоотношений врача и пациента, основанная на информированном согласии пациента на медицинское вмешательство, предполагает предоставление больному всей существенной информации, касающейся заболевания. В задачи пациента входит выбор медицинского вмешательства по своему усмотрению, на врача возлагается обязанность лишь осуществить выбранное лечение.²⁴ В рамках данной модели чётко разграничиваются объективные факты и пожелания больного. При этом врач меняет роль «отца» на роль консультанта или компетентного эксперта-профессионала. Это означает, что при расхождении мнения пациента с объективными медицинскими данными врач должен отдавать предпочтение мнению и решению пациента.

С 1993 г. данные ориентации стали основополагающими и для российского медицинского сообщества. Согласно ст. 30 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» пациент имеет право на «информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 32 настоящих Основ, на отказ от медицинского вмешательства в соответствии со ст. 33 настоящих Основ».²⁵

В западной литературе распространено отношение к происходящим изменениям как фундаментальной смене «моральных парадигм». Например, Р. Витч (США) полагает, что в патерналистской (он называет её «сакральной») парадигме «моральный авторитет врача оказывает такое влияние на пациента, что подавляет его свободу и достоинство».²⁶ Модель моральных отношений, которая соответствует реальным условиям, – это модель, основанная на контракте, соглашении и согласии. «Здесь два индивида или две группы людей действуют на основе взаимных обязательств и ожидаемой взаимной выгоды».²⁷

На самом деле отношение между «патернализмом» и «информированным согласием» не носит взаимоисключающий и несовместимый характер прежде всего потому, что они представляют различные типы отношений, а именно: патернализм – морально-этические отношения, информированное согласие – правовые.

Дискредитация и отказ от патернализма способны не только выхолостить морально-нравственные отношения в медицине, но могут повредить как пациенту, так и врачу. В связи с этим нельзя не обратить внимания на то, как раскрыто фундаментальное значение патернализма для лечебного дела известным профессором, хирургом В.Ф. Войно-Ясенецким.²⁸ В работе «Дух, душа и тело», которую В.Ф. Войно-Ясенецкий начал в 1920-х гг., будучи только врачом, доктором медицинских наук, а закончил в 1947 г., будучи уже архиепископом Крымским и Симферопольским Лукой, он раскрывает необходимость патерналистских отношений между врачом и пациентом, основываясь на трёх позициях.

Первая позиция связана с принципом доверия к врачу. Профессор Войно-Ясенецкий утверждал, что «доверие или недоверие врачу... глубоко определяет исход болезни»²⁹. Он разделял принцип врачебного сообщество, который окончательно формировался к XVI в., согласно которому успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше».³⁰

²⁴ Эсмануэль Е., Эсмануэль Л. Четыре модели взаимоотношений врача и больного // JAMA. Журнал Американской Медицинской Ассоциации. 1992, октябрь.

²⁵ Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07. 1993 г. № 5487-1.

²⁶ Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3.

²⁷ Витч Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3.

²⁸ Профессор В.Ф. Войно-Ясенецкий причислен Русской православной церковью к лику святых в 2000 г.

²⁹ Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий В.Ф.). Дух, душа и тело. Изд-во Симферопольской и Крымской епархии, 2000. С. 85.

³⁰ Gorton D.F. History of Medicin. NewYork and London: G.P. Putman*s Sons, 1910. P. 205.

Понимание доверия больного к врачу как элемента терапии непосредственно связано с пониманием веры в христианстве. Но если религиозная вера человека – прежде всего дар, то вера и доверие больного врачу в значительной степени зависит от самого врача. Причём сформировать у больного и укрепить это доверие не только может, но и даже обязан врач.

Вторая позиция связана с вопросом, как же формировать это доверие, т.е. посвящена раскрытию механизма формирования доверия. Для ответа на этот вопрос святитель Лука (Войно-Ясенецкий) прибегал к учению о центральной нервной системе. Он писал: «Физиологи вполне выяснили зависимость психических актов и состояний от нормальных процессов или патологических функций нервной системы вообще»³¹. Причём «центральная нервная система главенствует над всеми соматическими процессами, определяет и направляет работу всех органов, их рост и трофическое состояние, могущественно воздействует на течение физиологических процессов»³².

Кроме прочего, принцип информированного согласия может быть рассмотрен как долго искомая и наконец найденная форма правовой защищённости рисков врача, незастрахованного от так называемых врачебных ошибок. Юридически врачебная ошибка квалифицируется как «ненаказуемое добросовестное заблуждение при отсутствии небрежности и халатности»³³ или как «обстоятельство, смягчающее ответственность врача»³⁴. В этих условиях принцип информированного добровольного согласия пациента выступает как правовая основа взаимоотношений врач – пациент, делая врача более защищённым при искомом заявлении пациента.

Тем не менее многими информированное согласие рассматривается и как непосредственная форма защиты прав пациента. В чём же проявляется эта защита? Во-первых, в предоставлении больному полной информации о заболевании. Во-вторых, в утверждении права на самоопределение пациента, на выбор медицинского вмешательства согласно его пониманию и представлениям. В-третьих, в обязанности врача реализовать выбор больного с последовательным информированием о ходе и результатах диагностических процедур и лечения. Нельзя забывать при этом, что особенностью информированного согласия является не только допускаемое противоречие между объективными медицинскими показаниями и пожеланиями больного, но и принцип принятия субъективного решения пациента иногда с заведомо необъективными основаниями. В связи с этим роль врача в системе взаимоотношений по типу «информированное согласие» заключается в решении трёх задач. Первое – подготовка и подача информации, которая должна привести пациента к выбору верного решения и при этом свободна от элементов принуждения и манипуляции. Второе – признание автономного решения пациента. Третье – добросовестное осуществление лечения, выбранного пациентом.³⁵

Тема 4. ПРАВА ГРАЖДАН В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

Право на здоровье, в отличие от других прав человека, лишь недавно стало предусматриваться Конституциями многих стран мира. В Конституциях XVIII–XIX вв. не было упоминаний о праве на здоровье, хотя другие права человека провозглашались. В международном масштабе право человека на здоровье признано в 1948 г. Фактически это право на получение медицинской помощи. Всеобщей декларацией прав человека (ст. 25) закреплено положение: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая питание, одежду, жилище, медицинский уход и требуемое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи». Во Всеобщей декларации о геноме человека и о правах человека от 11.11.1997 г. в ст. 8 говорится: «Каждый человек в соответствии с международным правом и национальным законодательством имеет право на справедливую компенсацию того или иного ущерба, причинённого в результате непосредственного и детерминирующего воздействия на его геном». При этом уточняется, что геном человека лежит в основе изначальной общности всех представителей человеческого рода, а также признания их неотъемлемого достоинства; геном человека знаменует собой достояние человечества (ст. 1).

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

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

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

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

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

Общие права пациентов. Несовременность законодательной базы в сфере охраны здоровья граждан, десятилетиями сопровождавшее отечественное здравоохранение, монополизм государственной формы собственности, практически полное отсутствие действенных (а не декларативных) механизмов обеспечения прав пациентов сыграли существенную роль в том,

³¹ Архиепископ Лука (Войно-Ясенецкий). Дух, душа и тело. Изд-во Симферопольской и Крымской епархии, 2000. С. 84.

³² Там же. С. 84–85.

³³ Малейна М.Н. Человек и медицина в современном праве. М., 1995. С. 162.

³⁴ Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов, 1982. С. 186 – 194.

³⁵ Силуянова И.В. «Патернализм» и «информированное согласие»: этическое и правовое регулирование отношений врач – пациент // Медицинское право. 2005. № 2.

что национальный уровень взаимоотношений в социально-правовой системе «врач – больной» по-прежнему во многом отстаёт от цивилизованных, правовых государств.

Юридическим основанием, порождающим возникновение правоотношений по оказанию медицинской помощи, является волеизъявление больного, т.е. обращение гражданина, нуждающегося в медицинской помощи, в соответствующее лечебно-профилактическое учреждение. Такое волеизъявление – обязательный элемент при оказании квалифицированной медицинской помощи в отличие от первой неотложной помощи больному, за неоказание которой в экстремальных ситуациях может последовать наказание по ст. 124 УК Российской Федерации). Исключения составляют те случаи, когда лечение является принудительным или обязательным.

Каждый человек имеет неотъемлемое право по своему усмотрению (самостоятельно!) распоряжаться своей жизнью и здоровьем. И никто: ни врач, ни медицинское учреждение, ни милиция – не может принуждать к обследованию или лечению (за редкими, законодательно закреплёнными, исключениями в отношении строго определённого круга лиц).

Каждому человеку как потенциальному пациенту необходимо знать свои права, воспользовавшись которыми, можно рассчитывать на то, что вас действительно будут лечить, а не калечить.

В соответствии со ст. 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее Основ) пациент имеет право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; выбор врача и лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования; создание соответствующих санитарно-гигиенических условий в период обследования и лечения в ЛПУ; проведение по просьбе больного консилиума и консультаций специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством; сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении; добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него; получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья. Он может сам выбрать лиц, которым в его интересах может быть передана информация о состоянии его здоровья; получать медицинские и иные услуги в рамках программ добровольного медицинского страхования; требовать возмещения ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи, доступа к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав. Предусмотрен допуск к пациенту священнослужителя, а в больничном учреждении и обеспечение условий для отправления религиозных обрядов и предоставление отдельного помещения для этого, правда с оговоркой «если это не нарушает внутренний распорядок» больницы. Фактически речь идёт о том, насколько терпимы больничные администраторы к религии и насколько достаточно помещений.

Новым в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан является положение о том, что работающие граждане имеют право на три дня неоплачиваемого отпуска в течение года. Он предоставляется по личному заявлению гражданина без предъявления медицинского документа, удостоверяющего факт заболевания (ч. 10 ст. 20 Основ).

Рассмотрим подробнее наиболее важные и проблемные права пациентов.

Право на выбор врача. Пациент имеет право выбирать врача самостоятельно, он может обратиться за помощью к любому доктору, и руководитель лечебного учреждения обязан назначить его вашим лечащим врачом. Если доктор по каким-либо причинам не устраивает пациента, он имеет право высказать ему недоверие и потребовать созыва врачебного консилиума, который коллегиально оценит его состояние. А если пациент потребует от своего лечащего врача подыскать ему замену, то он должен эту замену найти. Действительно важным является и выбор места лечения. Главный критерий для выбора: будущие врачи должны систематически работать с заболеваниями данного типа. Во многих странах врачи не только получают сертификат специалиста, как у нас, но ещё и сдают сложные экзамены на сертификат врачебной ассоциации, объединяющей специалистов, например, по хирургии сердца и др.³⁶ У нас такой сертификации нет. Но пациент может выяснить, насколько велика и успешна практика специалистов в той больнице, где он предпочитает лечиться.

Право на информацию. Пациент имеет право на получение исчерпывающей информации буквально обо всём, что касается предстоящего лечения. Человек может распоряжаться собою только в том случае, если у него достаточно сведений для того, чтобы принять правильное решение. Поэтому закон (Основы, ст. 31) обязывает врача предоставлять больному всю необходимую информацию. Не все врачи это делают добросовестно. Многие врачи считают, что они имеют право и обязаны щадить пациента и не сообщать ему неприятной, тяжёлой, травмирующей информации о болезни (например, о диагнозе такого рака, при котором нет эффективного лечения). В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме самому пациенту и членам его семьи, если больной не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна передаваться такая информация. Многие люди согласны с мнением врачей и не хотят знать всего о своей болезни. По данным социологических опросов, число пациентов, не заинтересованных в получении информации на эти темы, достигает в России 60%.³⁷ Это их право, и закон обязывает врача не сообщать таким пациентам сведения, которые они не хотят получать. Законодатель оправданно смещает акцент именно на право пациента знать (или не знать!) об истинном характере и прогнозе развития заболевания, а не на обязанность врача давать такую информацию по собственной инициативе, а тем более без тщательной психологической подготовки больного. Заключение врача о необходимости и предполагаемом объёме операции должно быть доступно для понимания больного и его родственников. Объём, характер и форма даваемого объяснения зависят от психоэмоционального состояния больного, уровня его интеллекта, тяжести заболевания.

Закон признаёт право пациента получать любую информацию не только о своём здоровье, но и обо всём, что может влиять на здоровье. Мы вправе знать всё о выбранной нами клинике или враче, режиме их работы и оказываемых ими услугах. Предоставление неполной информации является обманом, поскольку вынуждает пациента принимать то решение, к которому его подталкивает врач своей избирательной информацией. Информация о методах диагностики и лечения, соответствующих противопоказаниях к ним должна быть предоставлена в доступной форме до начала оказания медицинских услуг.

Кроме того, информация о медицинских услугах в обязательном порядке должна содержать:

³⁶ Власов В.В. и др. Ваши права при получении медицинской помощи. Саратов, 1997. С. 45.

³⁷ «Кляп Гиппократ» // Коммерсантъ – Власть. 2000. 1 февраля. С. 47.

- 1) обозначение правил, обязательным требованиям которых должны соответствовать услуги;
- 2) сведения об основных потребительских свойствах медицинских услуг;
- 3) цену и (или) условия приобретения услуг;
- 4) правила и условия эффективного и безопасного использования медицинских услуг;
- 5) информацию о правилах оказания медицинских услуг.

В случае предоставления недостоверной информации, которая повлекла за собой ущерб жизни или здоровью пациента, лечебное учреждение должно возместить ущерб пострадавшему или его родственникам в полном объёме.

Закон впервые в нашей стране дал пациенту право получать всю информацию. Ограничения налагаются только на получение информации о других лицах (например, о человеке-источнике заражения)³⁸. Пациент имеет право также знакомиться с результатами обследования, получать любые выписки и копии документов. Эту информацию пациент может использовать для получения консультации у других специалистов. Важно, что врачи обязаны информировать вас, но у вас нет права требовать от них, чтобы они решали за вас. То, что они делают это в условиях неотложной помощи, за больных, находящихся без сознания, ещё не означает, что вы можете переложить на врачей ответственность, а потом привлечь их к судебной ответственности за «плохое» решение.

Информация нужна пациенту потому, что только на её основе он сможет решить, стоит ли соглашаться на операцию или предпочесть терапевтическое лечение. Это никто за него решить не может. Врач умеет оценивать риск осложнений и смерти, но он не имеет представления о том, насколько конкретный пациент боится боли или насколько ему важно сохранить зрение или слух; он не знает также финансовых возможностей пациента и многого другого.

Информированное добровольное согласие. Важнейшим критерием права на медицинское вмешательство является правомерное получение согласия пациента. Абзац 1 ст. 32 Основ гласит: «Необходимым условием медицинского вмешательства является *информированное добровольное согласие* гражданина». Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации.³⁹ Можно условно выделить два основных элемента этого процесса:

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

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента о:

- 1) характере и целях предлагаемого ему лечения;
- 2) связанном с ним существенном риске;
- 3) возможных альтернативах данному виду лечения.

Особое внимание при информировании уделяется риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть четыре аспекта риска: его характер, серьёзность, вероятность и внезапность его материализации. Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врачей принуждения, обмана, угроз при принятии пациентом решений.

Идея получения согласия основана на двух принципах. Моральном – взаимоотношения больного как личности и врача. Юридическом – определённые действия конкретного больного по предоставлению разрешения.⁴⁰ Получение разрешения даёт основание для появления понятия права больного на самоопределение, которое означает способность и право человека влиять на принятие медицинских решений, касающихся непосредственно его самого.

Таким образом, медицинское вмешательство любого характера: диагностические мероприятия (рентген, УЗИ и т.п.), сбор анализов, лечебные мероприятия, хирургическое вмешательство, применение сложных методов лечения и диагностики – ни при каких условиях не может быть выполнено без получения добровольного информированного согласия пациента.

Законодатель в ст. 32 Основ установил конкретный возраст – 15 лет (а не 16, как значилось ранее в Законе РСФСР о здравоохранении), по достижении которого пациент вправе самостоятельно принимать решение без уведомления родителей. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, дают их родители (опекуны). Незнание данного положения врачами, особенно хирургических специальностей, может привести к негативным последствиям.

Не является законным согласие на лечение, данное лицами, находящимися в таком физическом и психическом состоянии, которое не позволяет им адекватно оценивать обстановку, отдавать отчёт в своих действиях и выражать свою волю. В связи с этим в ст. 32 Основ установлено, что согласие на медицинское вмешательство в отношении граждан, признанных судом недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум врачей, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей пациента. Использование данного положения (ст. 32 Основ) законодатель предусматривает и при решении вопроса о необходимости расширения объёма оперативного вмешательства непосредственно во время операции, когда больной находится под общим наркозом (например, полное, радикальное удаление поражённого органа, ампутация конечности). Безусловно, существенное расширение объёма операции без согласия больного оправданно только в случаях, когда речь идёт о сохранении жизни пациента. Врачебная практика свидетельствует, что оптимальным вариантом решения данной проблемы будет получение одновременного согласия пациента и на предполагаемый объём операции, и на дополнительное расширенное хирургическое вмешательство, если к этому в ходе операции будут установлены прямые медицинские показания.

Законодатель, к сожалению, не предусматривает определённого порядка оформления согласия – оно может быть оформлено письменно или же внесено в историю болезни врачом после получения устного согласия больного, которое в

³⁸ Власов В.В. и др. Ваши права при получении медицинской помощи. Саратов, 1997. С. 24.

³⁹ Покуленко Т.А. Принцип информированного согласия: вызов патернализму // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 73.

⁴⁰ Юридические и этические аспекты в медицине. Доклады. Рига, 1997. С. 43.

определённой мере даёт основание считать, что пациент вместе с врачом делит и бремя ответственности за исход лечения (соблюдение режима, выполнение предписаний врача и т.п.).

Ст. 33 Основ закрепляет положение, согласно которому «гражданин или его законный представитель имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения». Принцип свободы выбора больного, проявляющийся в отказе от любого вмешательства в его организм, даже если это единственная возможность избежать смерти, является фундаментальным. Он даёт человеку абсолютное право на отказ от предложенной лечебной процедуры (по причинам философским или религиозным, объяснения которых от него не требуется). Такой отказ должен приниматься во внимание при любых обстоятельствах.

В ст. 34 Основ конкретизирован и дан исчерпывающий перечень случаев, когда оказание медицинской помощи проводится без согласия граждан. В ней указывается, что оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается на основании и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации в следующих случаях:

- 1) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- 2) в отношении лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами, которые обуславливают:
 - его непосредственную опасность для себя или окружающих;
 - его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворить основные жизненные потребности;
 - причинение существенного вреда здоровью человека вследствие ухудшения его психического состояния, если данное лицо будет оставлено без психиатрической помощи (ст. 29 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»);
- 3) в отношении лиц, совершивших общественно опасное деяние (преступление).

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия принимается врачом (консилиумом), а решение об их госпитализации – судом (гл. 25 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации). Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проводится госпитализация без согласия, или по решению суда. Во всех иных случаях проведение медицинского вмешательства, даже из самых лучших побуждений, без согласия пациента (законных представителей) должно рассматриваться как противоправное.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные негативные последствия. Такой отказ с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином (законным представителем), а также медицинским работником. Следует подчеркнуть, что отказ от медицинского вмешательства должен быть столь же осознанным и добровольным, как и согласие пациента.

Проблема отказа от медицинского вмешательства вызывает многочисленные и острые дискуссии. При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц. С учётом того, что законодатель не урегулировал процессуальные моменты такого обращения, оно может рассматриваться по Гражданскому процессуальному кодексу (ГПК) Российской Федерации в течение двух месяцев, что вряд ли будет способствовать спасению чьих-то жизней. Данное положение Основ скорее носит декларативный характер, нежели направлено на защиту чьих-либо прав. Правовое решение данной проблемы, несомненно, требует более серьёзного подхода.

Право на эвтаназию. В настоящее время на страницах медицинских изданий и периодической печати обсуждается вопрос о возможности разрешения эвтаназии – удовлетворения просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни. В современном мире проблема легализации эвтаназии (*лёгкой смерти*) имеет как сторонников, так и ярых противников. В некоторых странах мира *пассивная эвтаназия* (*намеренное прекращение медиками поддерживающей терапии больного, или «метод отложенного шприца»*) не преследуется уголовным законом – Нидерланды, Бельгия, Испания, Дания. Вместе с тем законодательство перечисленных стран содержит определённые условия для применения пассивной эвтаназии – неизлечимость болезни, настоятельные и неоднократные просьбы больного, неприменимость этих мер в детском возрасте и контроль со стороны правоохранительных органов. *Активная эвтаназия* (*введение больному лекарственных средств либо другие действия, которые влекут за собой быструю смерть – «метод наполненного шприца»*) запрещена во всех странах мира. В России запрещены все формы эвтаназии (ст. 45 Основ), а лицо, сознательно побуждающее больного к эвтаназии и(или) осуществляющее её, несёт уголовную ответственность (ст. 105, 124, 125, 293 УК Российской Федерации). Само понятие «эвтаназия» в действующем Уголовном кодексе Российской Федерации отсутствует, однако реальный взгляд на сегодняшнюю ситуацию в стране, определяемую не только её экономическим, но и политическим состоянием, даёт основание констатировать существование пассивной латентной эвтаназии. Подтверждением данного утверждения можно считать следующие факты: сокращение объёма медицинской помощи населению, низкий рост затрат на здравоохранение, значительное число самоубийств, случаи голодной смерти больных и немощных, снижение рождаемости, высокая детская смертность, выписка больных из больниц, когда ясно, что болезнь неизлечима и др.

Спор о праве человека на жизнь и на добровольный его уход из неё продолжается. Тем не менее медицина призвана продлять человеческую жизнь, делать её качество выше. Поэтому, наверное, альтернативой эвтаназии являются *хосписы* (*от лат. Hospes – гость*) – особые больницы (центры паллиативной медицины), в которых безнадежные больные не доживают свою жизнь, а живут отпущенный им срок и уходят. Принципы паллиативной медицины сегодня поддерживаются Всемирной Организацией Здравоохранения: смерть – это естественный процесс, который не надо ни ускорять, ни замедлять; медицина призвана обеспечивать облегчение боли и других беспокоящих симптомов; необходима психологическая и духовная поддержка больным, чтобы помочь им жить активной жизнью до конца и оказание психологической поддержки семьям во время болезни родственника и после его смерти.

Врачебная тайна. Одной из гарантий обеспечения прав граждан в области здравоохранения является законодательное закрепление понятия врачебной тайны. Под врачебной тайной понимают не подлежащие огласке сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного, полученные от него самого или выявленные в процессе его обследования и лечения, т.е. при выполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей.⁴¹ Причём не подлежат огласке не только данные о самой болезни, но и сведения о функциональных особенностях организма больного, физических недостатках, вредных привычках, особенностях психики и т.п.

К сожалению, в ст. 61 Основ понятие «врачебная тайна» даётся в весьма краткой и расплывчатой трактовке: «Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при обследовании и лечении, составляют врачебную тайну». Неправомерным разглашением врачебной тайны считается умышленное или неосторожное предание огласке медицинским работником такого рода сведений без разрешения больного, в результате чего они стали достоянием посторонних лиц или хотя бы одного лица.

Медицинская и юридическая практика знает неединичные случаи, когда разглашение врачебной тайны являлось причиной суицидальных действий больного. Понятно, что врачебная тайна будет реально обеспечена лишь при условии её сохранения не только врачами, но и другими медицинскими работниками. Хотя ст. 61 и не содержит исчерпывающего перечня лиц, обязанных хранить врачебную тайну, есть основания широко понимать этот термин. Сюда кроме врачей следует отнести медицинских сестёр и младший медицинский персонал (санитаров, регистраторов, медстатистиков), технический персонал, обслуживающий медицинские учреждения (секретарей, бухгалтеров). В этой связи заслуживает внимания предложение некоторых авторов термин «врачебная тайна» заменить термином «профессиональная медицинская тайна».

К тому же в ст. 49 Основ записано: при оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания вносятся только с согласия пациента. А если заболевший не хочет этого, то указывается лишь причина временной нетрудоспособности (заболевание, травма или что-то иное) – таким образом, тоже соблюдается врачебная тайна.

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

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

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

В случаях, предусмотренных законом, допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя (ст. 61 Основ):

1) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю (т.е. находящегося в бессознательном, опасном для жизни и здоровья состоянии);

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

3) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; в подобных случаях информация, содержащая врачебную тайну, предоставляется при наличии надлежащим образом оформленного запроса суда, следователя или прокурора и только в отношении лиц, официально привлечённых в качестве обвиняемого, подозреваемого или пострадавшего; важно, что врачи не обязаны по закону сообщать о своих пациентах что-либо, кроме информации о состоянии здоровья, содержащейся в истории болезни;

4) в случае оказания помощи ребёнку в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;

5) при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина причинён в результате противоправных действий (например, пациент является жертвой преступления); информация передаётся в милицию.

Следует подчеркнуть, что в случаях, предусмотренных в п. 3 и 5 ст. 61 Основ, обязанность сообщать сведения, составляющие врачебную тайну, как правило, возлагается не на любого врача, а на должностных лиц системы здравоохранения (главных врачей, их заместителей). Обязанность же давать свидетельские показания во время предварительного расследования или суда распространяется на всех без исключения медицинских работников.

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

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

Реклама лекарственных препаратов. Права граждан в области здравоохранения должны законодательно закрепляться не только при обращении за медицинской помощью и её получении, но и в повседневной жизни. К таким случаям относится проблема рекламы медицинских препаратов, которая совсем не является безобидной в условиях развития фармацевтического рынка. Международные документы трактуют понятие рекламы лекарственных средств гораздо шире, чем это сделано в нашем законодательстве: в частности, директивы ЕС включают в понятие «реклама лекарственных средств» все мероприятия по информации, маркетинговым исследованиям и созданию спроса.⁴²

Эти документы содержат много предложений о рекламе лекарств и медицинской техники. В частности:

⁴¹ Сергеев Ю. Врачебная тайна и её правовое обеспечение // Медицинский вестник. 2000. № 1 (140). С. 15.

⁴² Вольская Е. Этические принципы рекламы лекарственных препаратов и рекламное законодательство в России // Медицинская газета. 1996. 20 марта. С. 7.

- материалы для населения должны проверяться врачами или фармацевтами;
- финансовая или другая материальная помощь врачам и аптекарям не могут быть использованы как стимул для продвижения и продажи лекарственного средства, т.е. поощрение за назначение и продажу лекарственных препаратов не должно практиковаться;
- запрещена реклама для населения наркотических средств;
- в средствах массовой информации допускается реклама лекарственных средств, отпускаемых только без рецепта врача;
- рекламу следует составлять так, чтобы рекламный характер был явно выражен, а продукт однозначно представлен как лекарство;
- все утверждения, содержащиеся в рекламных текстах, не должны содержать вводящих в заблуждение утверждений, двусмысленности.

В России вопросы рекламы медикаментов урегулированы ст. 24 ФЗ «О рекламе» от 13.03.2006 N 38-ФЗ (в ред. от 27.12.2009)⁴³. Статья 24 названного закона устанавливает, что реклама лекарственных средств не должна:

- 1) обращаться к несовершеннолетним;
- 2) содержать ссылки на конкретные случаи излечения от заболеваний, улучшения состояния здоровья человека в результате применения объекта рекламирования;
- 3) содержать выражение благодарности физическими лицами в связи с использованием объекта рекламирования;
- 4) создавать представление о преимуществах объекта рекламирования путём ссылки на факт проведения исследований, обязательных для государственной регистрации объекта рекламирования;
- 5) содержать утверждения или предположения о наличии у потребителей рекламы тех или иных заболеваний либо расстройств здоровья;
- 6) способствовать созданию у здорового человека впечатления о необходимости применения объекта рекламирования;
- 7) создавать впечатление ненужности обращения к врачу;
- 8) гарантировать положительное действие объекта рекламирования, его безопасность, эффективность и отсутствие побочных действий;
- 9) представлять объект рекламирования в качестве биологически активной добавки и пищевой добавки или иного не являющегося лекарственным средством товара;
- 10) содержать утверждения о том, что безопасность и (или) эффективность объекта рекламирования гарантированы его естественным происхождением.

Некоторые положения о размещении информации о лекарственных средствах закреплены в ФЗ «О лекарственных средствах» от 22.06.1998 г. № 86-ФЗ, действующем в настоящее время в редакции ФЗ от 30.12.2008 г. № 309-ФЗ⁴⁴. В частности, ст. 43 устанавливает:

- информация о лекарственных средствах осуществляется в соответствии с требованиями государственного информационного стандарта;
- информация о лекарственных средствах, отпускаемых без рецепта врача, может содержаться в публикациях и объявлениях средств массовой информации, специализированных и общих печатных изданиях, инструкциях по применению лекарственных средств, иных изданиях субъектов обращения лекарственных средств;
- информация о лекарственных средствах, отпускаемых по рецепту врача, допускается только в специализированных печатных изданиях, рассчитанных на медицинских и фармацевтических работников. Информация о лекарственных средствах для специалистов сферы обращения лекарственных средств может быть представлена в виде монографий, справочников, научных статей, докладов на конгрессах, конференциях, симпозиумах, научных советах, а также инструкций по применению лекарственных средств, предназначенных для врачей.

Случаи нарушения общих принципов рекламы лекарственных препаратов в нашей стране следует объяснять не только недобросовестностью субъектов рекламы, но и несовершенством российского рекламного законодательства в отношении фармацевтического рынка, а также несоблюдением либо незнанием названных выше международных принципов.

Другой вид «нечистой» рекламы в этой сфере – реклама средств профилактики и гигиены, которым предписываются лечебные свойства. Потребитель должен знать, что такие препараты не проходили проверки на эффективность. Исследования проводятся только по их безопасности. Поэтому такие препараты, как «противоопухолевые чаи», биологические пищевые добавки, всевозможные средства для похудения в лучшем случае безвредны. По данным Центра содействия общественной экспертизе медицинской информации, 80% рекламной информации о таких препаратах недостоверны.⁴⁵

Важную роль в обеспечении цивилизованного характера рекламы лекарственных средств должен играть контроль. В соответствии с положениями ст. 8 ФЗ «О лекарственных средствах» государственному контролю подлежат все лекарственные средства, произведённые на территории Российской Федерации и ввозимые на территорию Российской Федерации.

Порядок осуществления государственного контроля качества, эффективности, безопасности лекарственных средств устанавливается ФЗ «О лекарственных средствах», нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление функций по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере обращения лекарственных средств. Постановлением Госстандарта Российской Федерации от 24.05.2002 г. № 36⁴⁶ утверждены Правила проведения сертификации в Системе сертификации лекарственных средств Системы сертификации ГОСТ Р. В этой же области действует и Постановление Правительства Российской Федерации от 10.02.2004 г. № 72 (ред. от

⁴³ СЗ РФ. 2006. № 12. Ст. 1232; СЗ РФ. 2009.

⁴⁴ СЗ РФ. 1998. № 26. Ст. 3006; Российская газета. 2008. 31 декабря.

⁴⁵ Волкова А. Идеальная ловушка для легковерных: реклама опасна для вашего здоровья // Культура. 1998. № 14. С. 2.

⁴⁶ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2002. № 31.

28.12.2006 г.) «О внесении изменений в перечень товаров, подлежащих обязательной сертификации, в перечень продукции, соответствие которой может быть подтверждено декларацией о соответствии, и о признании утратившим силу перечня работ и услуг, подлежащих обязательной сертификации»⁴⁷.

Государственная система контроля качества, эффективности, безопасности лекарственных средств включает:

- 1) федеральный орган исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление функций по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере обращения лекарственных средств;
- 2) федеральный орган исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере обращения лекарственных средств, и его территориальные органы;
- 3) федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по оказанию государственных услуг, управлению государственным имуществом и правоприменительные функции, за исключением функций по контролю и надзору, в сфере обращения лекарственных средств;
- 4) информационную систему, обеспечивающую субъекты обращения лекарственных средств необходимой информацией.

Заслуживает внимания тот факт, что помимо рекламодателей ответственность может быть возложена и на предприятие-производителя лекарства, если вследствие применения лекарственного средства нанесён вред здоровью человека.

Возмещение ущерба, связанного с вредом, нанесённым здоровью человека вследствие применения лекарственных средств и противоправных действий субъектов обращения лекарственных средств, осуществляется в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

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

- 1) лекарственное средство применялось по назначению, в соответствии с инструкцией по применению лекарственного средства и причиной вредного действия лекарственного средства оказались ошибки производства лекарственного средства;
- 2) вред здоровью нанесён применением лекарственного средства из-за ошибочной инструкции по применению лекарственного средства, изданной организацией – производителем лекарственных средств.

Если вред здоровью нанесён вследствие применения лекарственного средства, пришедшего в негодность в результате нарушений правил оптовой торговли лекарственными средствами или правил фармацевтической деятельности аптечных учреждений, то ущерб возмещает организация оптовой торговли лекарственными средствами или аптечное учреждение, по вине которых поступило в продажу или было отпущено указанное лекарственное средство (ст. 45 ФЗ «О лекарственных средствах»).

Подводя итог вышесказанному, следует подчеркнуть, что необходимо не только прямое регулирование вопросов охраны здоровья граждан при оказании им медицинских услуг, но и косвенное, как, например, при распространении рекламы медицинских препаратов.

Тема 5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В России медицинской и фармацевтической деятельностью разрешается заниматься лицам, получившим высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в Российской Федерации, имеющим диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию для занятия определёнными видами деятельности по перечню Минздрава Российской Федерации.

Сертификат специалиста выдаётся на основании послевузовского профессионального образования (аспирантура, ординатура), или дополнительного образования (повышение квалификации, специализация), или проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций, по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан.

Врачи в период их обучения в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения имеют право на работу в этих учреждениях под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку. Студенты высших и средних медицинских учебных заведений допускаются к участию в оказании медицинской помощи гражданам в соответствии с программами обучения под контролем медицинского персонала, несущего ответственность за их профессиональную подготовку, в порядке, устанавливаемом федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения (ст. 54 Основ).

Лица, не имеющие законченного высшего медицинского или фармацевтического образования, могут быть допущены к занятию медицинской или фармацевтической деятельностью в должностях работников со средним медицинским образованием в порядке, устанавливаемом федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Врачи или провизоры, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после прохождения переподготовки в соответствующих учебных заведениях или на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

Лица, получившие медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской или фармацевтической деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях Российской Федерации в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, а также после получения лицензии на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Законодательство Российской Федерации предусматривает уголовную ответственность за незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью (ст. 235 УК Российской Федерации).

⁴⁷ СЗ РФ. 2004. № 7. Ст. 538.

Профессиональный статус медицинского работника подтверждается дипломом об окончании специального учебного заведения, а также необходимыми свидетельствами о прохождении последипломной профессиональной подготовки. Врачом является лицо, обладающее высшим медицинским образованием и необходимой общей профессиональной квалификацией, позволяющей самостоятельно осуществлять медицинскую деятельность. Специалистом именуется врач, прошедший специализированную последипломную узкопрофессиональную подготовку. Врач, в том числе специалист, осуществляют консультативную, диагностическую и лечебную профессиональную деятельность. Прочие медицинские работники выполняют предписания врача.

Медицинская деятельность осуществляется медицинскими организациями, зарегистрированными в установленном законом порядке и имеющими разрешение (лицензию) на ведение соответствующей деятельности. Медицинская организация вправе осуществлять только ту деятельность, на которую ей получено соответствующее разрешение, и только на тех условиях и в течение того срока, которые документально установлены лицензией.

Частная медицинская практика – это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счёт личных средств граждан или за счёт средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключёнными договорами (ст. 56 Основ). Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на избранный вид деятельности.

Разрешение на занятие частной медицинской практикой выдаётся местной администрацией по согласованию с профессиональными медицинскими ассоциациями и действует на подведомственной ей территории.

Контроль за качеством оказания медицинской помощи осуществляют профессиональные медицинские ассоциации и местная администрация. Иное вмешательство местной администрации в деятельность лиц, занимающихся частной медицинской практикой, не допускается, за исключением случаев, когда такое вмешательство прямо предусмотрено законом.

Запрещение занятия частной медицинской практикой производится по решению органа, выдавшего разрешение на занятия частной медицинской практикой, или суда.

Право на занятие народной медициной (целительством) предусмотрено ст. 57 Основ. Народная медицина – это методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Правом на занятие народной медициной обладают граждане Российской Федерации, получившие диплом целителя, выдаваемый министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации, органами управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краёв, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга. Решение о выдаче диплома целителя принимается на основании заявления гражданина и представления профессиональной медицинской ассоциации либо заявления гражданина и совместного представления профессиональной медицинской ассоциации и учреждения, имеющего лицензию на соответствующий вид деятельности. Диплом целителя даёт право на занятие народной медициной на территории, подведомственной органу управления здравоохранением, выдавшему диплом.

Проведение сеансов массового целительства, в том числе с использованием средств массовой информации, запрещается. Лишение диплома целителя производится по решению органа управления здравоохранением, выдавшего диплом целителя, и может быть обжаловано в суд. Незаконное занятие народной медициной (целительством) влечёт за собой административную ответственность, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, – уголовную ответственность.

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на создание профессиональных ассоциаций и других общественных объединений, формируемых на добровольной основе для защиты прав медицинских и фармацевтических работников, развития медицинской и фармацевтической практики, содействия научным исследованиям, решения иных вопросов, связанных с профессиональной деятельностью медицинских и фармацевтических работников.

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации принимают участие в:

- 1) разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм;
- 2) разработке стандартов качества медицинской помощи, федеральных программ и критериев подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников, в присвоении медицинским и фармацевтическим работникам квалификационных категорий;
- 3) лицензировании медицинской и фармацевтической деятельности;
- 4) соглашениях по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и деятельности фондов обязательного медицинского страхования.

Профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краёв, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга могут проводить проверочные испытания медицинских и фармацевтических работников по теории и практике избранной специальности, вопросам законодательства в области охраны здоровья граждан и выдавать им соответствующий сертификат специалиста, а также вносить предложения о присвоении им квалификационных категорий.

Статья 58 Основ определяет права и обязанности лечащего врача, под которым подразумевается врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период его наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении. Лечащий врач назначается по выбору пациента или руководителя лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) (его подразделения). По требованию пациента руководитель ЛПУ обязан заменить лечащего врача и должен содействовать выбору другого. Лечащий врач обязан организовывать своевременное и квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставлять информацию о состоянии его здоровья, приглашать консультантов и проводить консилиумы. Следует особо подчеркнуть, что рекомендации консультантов реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением экстренных случаев, угрожающих жизни больного. Основы предоставляют лечащему врачу право единолично выдавать листок нетрудоспособности сроком до 30 дней. Лечащий врач может отказаться по согласованию с

соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения пациента, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения пациентом предписаний или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения.

Впервые в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан включена статья о семейном враче, т.е. человеке, прошедшем специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста и действующем в соответствии с порядком, установленным Минздравом Российской Федерации. Однако эта норма носит в большей степени декларативный характер, поскольку на практике оказалась неустребованной.

Тема 6. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Правовые аспекты иммунопрофилактики инфекционных болезней. Согласно ст. 41 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. В России финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

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

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

На сегодняшний день вопросы осуществления противоэпидемиологических и санитарных мероприятий регулируются Федеральным законом от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», а также другими законами и подзаконными актами Российской Федерации.

Правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней устанавливаются Федеральным законом от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

В данном законе раскрываются основные понятия в области иммунопрофилактики:

- *иммунопрофилактика инфекционных болезней* – система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путём проведения профилактических прививок;
- *национальный календарь профилактических прививок* – нормативный правовой акт, устанавливающий сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок;
- *поствакцинальные осложнения*, вызванные профилактическими прививками, включёнными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, – тяжёлые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок;
- *сертификат профилактических прививок* – документ, в котором регистрируются профилактические прививки гражданина.

Государственная политика в области иммунопрофилактики направлена на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней.

В области иммунопрофилактики государство гарантирует:

- доступность для граждан профилактических прививок;
- бесплатное проведение профилактических прививок, включённых в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения;
- социальную защиту граждан при возникновении поствакцинальных осложнений;
- государственный контроль качества, эффективности и безопасности медицинских иммунобиологических препаратов.

Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на:

- получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;
- выбор государственных, муниципальных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной медицинской практикой;
- бесплатные профилактические прививки, включённые в национальный календарь профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;
- бесплатный медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;
- бесплатное лечение в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений;
- социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений;
- отказ от профилактических прививок.

Отсутствие профилактических прививок влечёт:

– запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

– временный отказ в приёме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

– отказ в приёме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается Правительством Российской Федерации.

При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны:

– выполнять предписания медицинских работников;

– в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок.

Финансирование иммунопрофилактики осуществляется за счёт средств федерального бюджета, средств бюджетов субъектов Российской Федерации, средств фондов обязательного медицинского страхования и других источников финансирования в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

Национальный календарь профилактических прививок включает профилактические прививки против **гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулёза, эпидемического паротита**.

Указанные профилактические прививки проводятся всем гражданам Российской Федерации в сроки, установленные национальным календарём профилактических прививок. Национальный календарь профилактических прививок утверждается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Профилактические прививки по эпидемическим показаниям проводятся гражданам при угрозе возникновения инфекционных болезней, перечень которых устанавливает федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения. Решения о проведении профилактических прививок по эпидемическим показаниям принимают главный государственный санитарный врач Российской Федерации, главные государственные санитарные врачи субъектов Российской Федерации.

Сроки и порядок проведения профилактических прививок по эпидемическим показаниям устанавливает федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения.

Требования к проведению профилактических прививок. Профилактические прививки проводятся гражданам в государственных, муниципальных или частных организациях здравоохранения либо гражданам, занимающимся частной медицинской практикой, при наличии лицензий на соответствующие виды деятельности в области иммунопрофилактики.

Профилактические прививки проводятся с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний. Перечень медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок утверждается федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения.

Для иммунопрофилактики используются зарегистрированные в соответствии с законодательством Российской Федерации отечественные и зарубежные медицинские *иммунобиологические* препараты. Медицинские иммунобиологические препараты, используемые для иммунопрофилактики, подлежат обязательной сертификации.

Законом предусматривается социальная защита граждан при возникновении поствакцинальных осложнений. При возникновении поствакцинальных осложнений граждане имеют право на получение:

1) государственных единовременных пособий;

2) ежемесячных денежных компенсаций;

3) пособий по временной нетрудоспособности.

Выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций производятся за счёт средств федерального бюджета органами социальной защиты населения в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Выплаты пособий по временной нетрудоспособности производятся из средств государственного социального страхования.

Государственные единовременные пособия: при возникновении пост-вакцинального осложнения гражданин имеет право на получение государственного единовременного пособия в размере 10 000 рублей.

Перечень поствакцинальных осложнений, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий, утверждается Правительством Российской Федерации по представлению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения.

• В случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, право на получение государственного единовременного пособия в размере 30 000 рублей имеют члены его семьи. Круг членов семьи, имеющих право на получение указанного пособия, определяется в соответствии со ст. 50 и 51 Закона Российской Федерации «О государственных пенсиях в Российской Федерации».

• Гражданин, признанный инвалидом вследствие поствакцинального осложнения, имеет право на получение ежемесячной денежной компенсации в размере 1000 рублей.

• Гражданин, у которого временная нетрудоспособность связана с поствакцинальным осложнением, имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности в размере 100% среднего заработка независимо от непрерывного стажа работы.

• Один из родителей либо иной законный представитель несовершеннолетнего имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности за всё время болезни несовершеннолетнего, связанной с поствакцинальным осложнением, в размере 100% от среднего заработка независимо от непрерывного стажа работы.

Таким образом, государственная политика в области иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, действующая система мероприятий, направленных на предупреждение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней путём проведения профилактических прививок, закреплённые нормативно-правовыми актами российского законодательства, обеспечивает санитарно-эпидемиологическое благополучие граждан Российской Федерации.⁴⁸

Тема 7. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА

Одним из наиболее прогрессивных и бурно развивающихся разделов медицины является **трансплантология** – наука, занимающаяся проблемами пересадки (трансплантации) органов и тканей. Как метод лечения трансплантация показана при большом количестве самых разнообразных заболеваний.

Отображением клинической эффективности данного метода лечения являются показатели годичной выживаемости. В ведущих клиниках этот показатель равняется: для почки – 90 ... 95%; сердца – 85%; печени – 80%.⁴⁹

По обобщённым данным, современная мировая потребность составляет не менее одного миллиона клинических трансплантаций почки, сердца, печени, не считая других органов. Эта тенденция имеет склонность к прогрессированию.

Основоположником трансплантации стал российский учёный В.П. Демихов. В 1951 г. он впервые в мире пересадило донорское сердце собаке. В 1967 г. хирург из ЮАР К. Барнард, пройдя предварительно стажировку у В.П. Демихова, первым в мире осуществил успешную трансплантацию сердца человеку. С тех пор сделано уже более нескольких десятков тысяч подобных операций. В России первую пересадку сердца провёл выдающийся хирург, академик Российской академии наук В.И. Шумаков. Сейчас на счету у В.И. Шумакова более сотни операций по пересадке сердца, около двух тысяч – по пересадке почек и тысячи других сложнейших операций.

В Российской Федерации трансплантация органов и (или) тканей человека регулируется Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. № 5487-1(с посл. изм. и доп.), Законом Российской Федерации от 22.12.1992 г. № 4180-1 (с посл. изм. и доп.) «О трансплантации органов и (или) тканей человека»⁵⁰, а также отчасти и Законом Российской Федерации от 09.06.1993 г. № 5142-1 (с посл. изм. и доп.) «О донорстве крови и её компонентов».

Условия и порядок трансплантации органов или тканей человека определяются Законом «О трансплантации». Трансплантация органов или тканей человека является средством спасения жизни и восстановления здоровья и должна осуществляться на основе соблюдения законодательства Российской Федерации и прав человека в соответствии с гуманными принципами, провозглашёнными мировым сообществом. Положения Закона созвучны со ст. 2 Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины (Конвенция о правах человека и биомедицине) – интересы и благо отдельного человека имеют преимущественную силу по отношению к исключительным интересам общества и науки. Закон обеспечивает важнейшее из конституционных прав человека – право на жизнь и здоровье.

В России в качестве законных объектов трансплантации в ст. 2 Закона «О трансплантации» и в приказе Минздрава Российской Федерации от 15 декабря 2002 г. названы следующие органы: сердце, лёгкое, комплекс сердце-лёгкое, печень, почка, поджелудочная железа с двенадцатиперстной кишкой, селезёнка, эндокринные железы. Данный перечень является исчерпывающим. Между тем из средств массовой информации можно узнать о произведённых в России трансплантациях и иных органов, например о пересадке трахеи.⁵¹ Очевидно, что указанный перечень с учётом практики будет дополняться.

Среди тканей к трансплантатам причислены: кровь и её компоненты, сперма, костный мозг.

Учитывая различия медицинского характера и особенности правового регулирования, которые присущи трансплантации органов и тканей, необходимо отдельно рассматривать трансплантацию с использованием трупных органов и тканей и пересадку с донорством живых лиц. Это связано с тем, что наряду со сходными проблемами имеется целый ряд признаков, свойственных только одному из представленных видов трансплантации.

Трансплантаты, т.е. органы и ткани, которые изымаются в медицинских целях для дальнейшей пересадки. Забор этих органов и тканей влечёт временное или постоянное ухудшение состояния здоровья и (или) риск такого ухудшения.

Согласно ст. 1 Закона «О трансплантации» и ст. 19 Конвенции о правах человека и биомедицине изъятие у живого донора органов или тканей для их трансплантации может производиться исключительно с целью лечения реципиента при условии отсутствия соответствующего органа или ткани, полученных от трупа, и невозможности столь же эффективного лечения альтернативными методами.

Согласно действующему в России законодательству живым донором может быть совершеннолетний и дееспособный гражданин. Привлечение несовершеннолетних детей к донорству костного мозга разрешается с согласия родителей. При изъятии крови донор должен быть не старше 60 лет, при изъятии спермы – в возрасте от 20 до 40 лет.

Живой донор должен находиться с реципиентом в генетической связи, за исключением случаев донорства крови, спермы, костного мозга. Перед операцией донор проходит медицинское освидетельствование, результаты которого должны подтвердить, что его здоровью не будет причинён вред. При трансплантации органов и костного мозга проводится консилиум врачей-специалистов.

Донорство крови, спермы бывает как безвозмездным, так и платным. В Законе «О трансплантации» предусмотрено, что органы и ткани (помимо крови) не могут быть предметом купли-продажи.

Осуществлять забор и заготовку органов и тканей разрешено только государственным учреждениям здравоохранения.

⁴⁸ Махонько Н.И. Правовые аспекты иммунопрофилактики инфекционных болезней // Медицинское право. 2005. № 2.

⁴⁹ Сальников В.П., Стеценко С.Г. Трансплантация органов и тканей человека: проблемы правового регулирования. Научное издание. Серия «Право и медицина». Санкт-Петербург. Фонд «Университет». 2000. С. 5

⁵⁰ Далее Закон «О трансплантации».

⁵¹ Краснопольская И. Лёгкое дыхание – вопреки неизбежному // Российская газета. 2001. 2 марта.

Закключая договор донорства, гражданин становится носителем целого комплекса относительных прав и обязанностей (право на информацию о предстоящей процедуре и её последствиях, право отказаться в любой момент от донорства, обязанность сообщить сведения о перенесённых или имеющихся заболеваниях и др.).

Отличительной особенностью трансплантации с донорством живых лиц является характер оперативного вмешательства, при котором затрагиваются интересы двух людей – донора и реципиента. В данном случае донор представляет возможность медицинскому персоналу осуществить внедрение в свой организм, тем самым нарушая телесную целостность. Это вмешательство направлено не на собственно лечебные цели по отношению к донору, поэтому здесь речь идёт о нанесении вреда здоровью человека. Принимая во внимание, что донорами являются люди, которые могут предоставить жизнеспособный орган, – вред наносится потенциально здоровому человеку. Уровень современной медицины не позволяет, к сожалению, предельно точно прогнозировать исход оперативного вмешательства для донора. Поэтому основными условиями, наличие которых обязательно при донорстве живых людей, являются добровольное согласие в сочетании с достаточным уровнем физического и психического здоровья.

Гарантии, которые должны быть предоставлены донору, невозможно выразить в виде каких-либо императивов. Тем не менее донору должно быть гарантировано:

- предварительное всестороннее комплексное медицинское обследование;
- изъятие только заранее определённого парного органа, части органа или ткани;
- отсутствие значительного вреда здоровью после изъятия из организма трансплантата;
- пересадка органа или ткани заранее определённому реципиенту (состоящему в генетическом родстве с донором);
- диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья после трансплантации.

Реципиенту, как лицу, обратившемуся за медицинской помощью, должно быть гарантировано:

- предварительное всестороннее комплексное медицинское обследование;
- недопущение заражения от донора системными или инфекционными заболеваниями (СПИД, гепатиты и др.)
- обеспечение специализированной медицинской помощи в ранний посттрансплантационный период;
- диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья в течение длительного времени после трансплантации.

Статья 3 Закона «О трансплантации» посвящена ограничению круга живых доноров. Предметом особой озабоченности является защита прав несовершеннолетних и иных «уязвимых» категорий граждан от принуждения или побуждения стать донором.⁵² Не допускается донорство:

- несовершеннолетних (за исключением случаев пересадки костного мозга);
- недееспособных лиц;
- лиц, имеющих опасное для передачи заболевание;
- людей, находящихся в служебной или иной зависимости от реципиента.

До 90% трансплантаций производится с применением трупных трансплантатов. Это обуславливает необходимость пристального внимания к правомерности изъятия органов и тканей у трупов.

Определяя условия и порядок трансплантации, в частности изъятия органов и (или) тканей у трупа с целью пересадки нуждающемуся в этом реципиенту, законодатель установил в ст. 8 Закона Российской Федерации № 4180-1 от 22.12.1992 г. «О трансплантации» запрет на такое изъятие в случае, когда учреждение здравоохранения на момент изъятия было поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своём несогласии на него. Законодатель в данном случае избрал модель презумпции согласия на изъятие органов и (или) тканей человека после его смерти («неиспрошенное согласие» или «предполагаемое согласие»), трактующую невыражение самим лицом, его близкими родственниками или законными представителями своей воли либо отсутствие соответствующих документов, фиксирующих ту или иную волю, как наличие положительного волеизъявления на осуществление такого изъятия.

В то же время немедицинский ФЗ № 8-ФЗ от 12.01.1996 г. в редакции ФЗ № 122-ФЗ от 22.08.2004 г. «О погребении и похоронном деле» также регулирует порядок волеизъявления лица о согласии или несогласии на изъятие органов и (или) тканей из его тела и гарантирует погребение умершего с учётом волеизъявления, выраженного лицом при жизни, и пожелания родственников.

Таким образом, положения двух Законов («О трансплантации» 1992 г. и «О погребении и похоронном деле» 1996 г.) по-разному интерпретируют один и тот же вопрос, а именно правомерность изъятия органов и тканей у трупа. Именно эта коллизия привела к тому, что среди учреждений, осуществляющих забор трансплантатов в целях пересадки, нет единого мнения по поводу правомерности изъятия органов и тканей от умерших людей: с одной стороны, «презумпция согласия» Закона «О трансплантации», а с другой – по сути, «презумпция несогласия» Закона «О погребении». В этой связи часто единственным средством решения проблемы служит мнение руководителя учреждения, где осуществляется забор трансплантата.

В целях соблюдения баланса прав и законных интересов доноров и реципиентов вопросы, связанные с реализацией гражданином либо его близкими родственниками или законными представителями права заявить письменно или устно о несогласии на изъятие органов и (или) тканей для трансплантации, требуют более детальной (как на законодательном уровне, так и в подзаконных нормативных актах) регламентации, а механизмы информирования граждан о действующем правовом регулировании – развития и совершенствования.

В настоящее время, с точки зрения некоторых авторов, более оптимальной считается позиция закрепления в российском законе «О трансплантации» презумпции несогласия. По их мнению, это позволит более эффективно осуществлять защиту прав и законных интересов граждан при оказании медицинской помощи, а также обеспечит реальное осуществление волеизъявления умершего.⁵³

⁵² Григорьев Н. Регламентация трансплантации // Советская юстиция. 1993. № 7. С. 19

⁵³ Горбунова Н.А. О презумпции согласия на изъятие органов или тканей человека после его смерти // Российская юстиция. 2005. №

К основным направлениям, требующим рассмотрения при трансплантации с использованием трупных органов и тканей, относится соотношение права на жизнь донора и:

- права медицинского персонала на отключение средств поддержания жизни умирающего человека, который рассматривается в качестве потенциального донора;
- продолжительности проведения реанимационных мероприятий при очевидном, с медицинской точки зрения, летальном исходе;
- проблемы активной и пассивной эвтаназии;
- особенностей диагностики «смерти мозга» потенциального донора;
- самих терминов «потенциальный донор» и «донор – труп».

Учитывая настоящее положение в трансплантации органов и тканей, когда только лишь 15% доноров – живые люди⁵⁴, значение использования для этих целей трупных трансплантатов не вызывает сомнений. Но в этих условиях необходимо чётко определить роль волеизъявления умершего, сделанного при жизни, относительно возможности изъятия органов или тканей. При этом нуждается в разработке процедура оформления такого акта: определение условий правомерности, формы составления, наличие свидетелей, значение документального заверения.

Анализ российского уголовного законодательства свидетельствует о возможности криминализации отношений в области трансплантологии. В частности, в Уголовном кодексе Российской Федерации есть статья 120 («Принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации»). Прогресс в области трансплантации органов и тканей породил возможность возникновения криминальных ситуаций, связанных с поиском подходящих лиц для изъятия у них органов и тканей, в том числе и путём принуждения, чем и объясняется закрепление в УК РФ названной нормы.

Однако в правовой литературе высказывается мнение, что название и содержание ст. 120 УК РФ должно касаться не только трансплантации. Принуждение к изъятию органов или тканей человека может преследовать и другие цели, например проведение экспериментов или использование эмбриональных тканей (материалов) для изготовления лекарственных препаратов (так называемые стволовые клетки) и т.д. Поэтому уголовно-правовая охрана прав и свобод человека стала бы эффективнее, если в данную норму включить соответствующие изменения и дополнения.

Уголовная ответственность устанавливается за убийство и за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью в целях использования органов или тканей потерпевшего (п. «м» ч. 2 ст. 105 и п. «ж» ч. 2 ст. 111 УК РФ), а также за торговлю людьми в целях изъятия у потерпевшего органов или тканей (п. «ж» ч. 2 ст. 127.1 УК РФ).

Трансплантация органов и тканей поставила перед обществом целый ряд морально-этических, медицинских и правовых проблем. Принципиальное отличие пересадки от всех других медицинских операций заключается в наличии донора – человека, который не нуждается в медицинской помощи, но которому в результате трансплантации наносится вред здоровью.

Прогрессивное развитие трансплантологии предполагает адекватное обеспечение её правовым механизмом. Отсутствие или неадекватное правовое регулирование будет искусственно сдерживать рост и внедрение трансплантации органов и тканей, потенциально обеспечивая криминализацию данной сферы медицины. Чётко и полно сформулированные правовые нормы способны оказать непосредственное воздействие на деятельность медицинских работников, облегчая выход из сложных ситуаций и предотвращая возможность правонарушений.

Тема 8. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В 1920 г. Советская Россия стала первой страной в мире, которая легализовала искусственное прерывание беременности по желанию женщины. Несмотря на то что в конце 1930-х гг. производство аборт было запрещено, после Великой Отечественной войны они вновь были легализованы. К середине 1980-х гг. в России был зарегистрирован один из самых высоких показателей числа аборт в расчёте на одну женщину. По данным ВОЗ, он составлял от 2,5 до 4 искусственных прерываний беременности на одну женщину, тогда как на Западе соответствующий показатель не превышал 0,63.

По мнению историков, социологов, демографов, причину такой «популярности» аборт в России следует искать в раскрепощении и освобождении женщины, активной атеистической пропаганде и легализации аборт в начале 20-х годов прошлого века. Россия была в то время единственной страной в мире, имевшей столь свободное законодательство, которое превратилось в инструмент для решения политических и идеологических проблем, социального экспериментирования. Всё сказанное выше привело к формированию «особой абортной культуры», т.е. приспособлению и привыканию общества к широкому производству аборт, «к деформации психологии целых поколений мужчин и женщин, когда искусственное прерывание беременности утратило для многих из них смысл мучительного морального выбора, стало социальной нормой».⁵⁵ Появились специальные кадры, койки, централизованно распределяемые ресурсы и фонды, а также масса сопутствующих этой процедуре медицинских производств и технологий, использующих отходы аборт. Это производство гормональных, иммунных средств, кровозамещающих и колагенных препаратов.⁵⁶

В настоящее время, по данным учёных, число искусственных прерываний беременности по-прежнему остаётся в России на очень высоком уровне и составляет почти 2 аборт на каждое живорождение. В 130 странах мира аборт по социальным показаниям вообще не допустим.

Анализ современного российского законодательства позволяет заключить, что оно является одним из самых либеральных, поскольку легализует и делает доступным искусственное прерывание беременности фактически на любой стадии развития плода.

⁵⁴ Мельников В.С. Социальные и правовые аспекты медицинской деятельности. Киров. 1997. С. 82.

⁵⁵ Беседкина Н. Нравственные и правовые основания искусственного прерывания беременности // Право и жизнь. Независимый правовой журнал. 2005. № 85. С. 115.

⁵⁶ Исаева В.Ю. Организационно-правовые формы легального лишения права человека на жизнь. Современное право. 2007. № 2. С. 19 – 25.

Так, согласно Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 23 июля 1993 г. «каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве». Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям – при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний и согласия женщины – независимо от срока беременности.⁵⁷

Перечень медицинских показаний определяется Приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении Перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»⁵⁸, перечень социальных показаний – положением, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

Социальными показаниями для искусственного прерывания беременности, согласно Перечню, утверждённому Постановлением Правительства Российской Федерации № 485 от 11 августа 2003 г. «О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности»⁵⁹, являются наличие инвалидности I–II группы у мужа; смерть мужа во время беременности; пребывание женщины в местах лишения свободы; наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав; беременность в результате изнасилования. Действует также Приказ Минздрава Российской Федерации от 14 октября 2003 г. № 484 «Об утверждении инструкции о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям и проведения операции искусственного прерывания беременности»⁶⁰.

Таким образом, в основу российского законодательства положена либеральная позиция, в соответствии с которой женщина имеет практически неограниченную свободу в решении вопроса о прерывании беременности. Данный подход к правовому регулированию искусственного аборта противоположен позиции зарубежного законодателя.

Искусственное прерывание беременности проводится в рамках программ обязательного медицинского страхования в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими специальную подготовку.⁶¹ Таким образом, при сроке беременности до 12 недель человеческий зародыш может быть умерщвлён по любым основаниям, независимо от наличия медицинских и социальных показателей для такого умерщвления. По смыслу Основ, жизнь человеческого зародыша подлежит правовой охране лишь по истечении 12 недель с момента зачатия при условии отсутствия у матери социальных и медицинских показаний для искусственного прерывания беременности. При наличии медицинских показаний жизнь человеческого плода вообще не составляет предмета правовой охраны – мать, а в некоторых случаях врачи вольны распорядиться этой жизнью по собственному усмотрению. При наличии социальных показаний человеческий зародыш может быть умерщвлён при сроке беременности до 22 недель.

Следует отметить, что согласно инструкции о порядке разрешения искусственного прерывания беременности в поздние сроки по социальным показаниям вопрос об искусственном прерывании беременности решается в учреждениях, получивших лицензию на медицинскую деятельность комиссией в составе руководителя учреждения, врача акушера-гинеколога, юриста, специалиста по социальной работе (при его наличии). Комиссия рассматривает письменное заявление женщины, заключение врача акушера-гинеколога о сроке беременности, документы, подтверждающие наличие социальных показаний. Таким образом, необходимыми являются такие юридические документы, как свидетельство о смерти мужа, решение суда о лишении родительских прав, документы, подтверждающие инвалидность мужа, и т.п. При этом существенным пробелом является отсутствие особого порядка разрешения операции по искусственному прерыванию беременности, возникшей в результате изнасилования. Общий порядок, при котором женщина должна будет подтверждать данный факт, причинит ей дополнительные нравственные страдания.

В соответствии со ст. 36 Основ «незаконное проведение искусственного прерывания беременности влечёт за собой уголовную ответственность, установленную законодательством РФ»⁶². В силу ст. 123 УК Российской Федерации «незаконное производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, наказывается штрафом в размере от 100 до 200 МРОТ или в размере зарплаты или иного дохода осуждённого за период от 1 до 2 месяцев, либо обязательными работами на срок от 100 до 240 часов, либо исправительными работами на срок от 1 года до двух лет»⁶³.

Одной из приоритетных задач здравоохранения, направленных на охрану репродуктивного здоровья и рождение здоровых детей, по-прежнему остаётся профилактика абортот. Здесь следует отметить, что Тамбовская область также взяла на вооружение решение данной проблемы. В результате проводимой планомерной работы в Тамбовской области за последние 10 лет общее количество абортот в целом по области снизилось более чем в 2 раза. За последние пять лет абсолютное число абортот в Российской Федерации снизилось на 22,7%, в Тамбовской области – на 33,7%.

Следует отметить также, что доля абортот, производимых по желанию женщины, снизилась с 80% в 2006 г. до 73,8% в 2009 г. (Российская Федерация 2008 г. – 78,3%), что также свидетельствует об эффективности санитарно-просветительной работы среди населения.

В 2009 г. зарегистрировано 6925 абортот (2005 г. – 10444, 2006 г. – 9560, 2007 г. – 8790, 2008 г. – 8012). Цифры пока что остаются страшными, но есть определённые успехи.⁶⁴

На федеральном уровне осуществляются попытки реформирования. Так, согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.09.2007 № 623 «О мерах по совершенствованию

⁵⁷ Ведомости СНД и ВС РФ. 1993. № 33. Ст. 1318.

⁵⁸ Российская газета. 2007. № 324.

⁵⁹ Российская газета. 2003. № 161.

⁶⁰ Российская газета. 2003. № 249.

⁶¹ Собрание законодательства Российской Федерации. 1993. № 33. Ст. 1318.

⁶² Собрание законодательства Российской Федерации. 1993. № 33. Ст. 1318.

⁶³ Собрание законодательства Российской Федерации. 1996. № 25. Ст. 2954.

⁶⁴ Профилактика абортот в Тамбовской области от 01.01.2010 // Тамбовская жизнь. 2010.

акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации»⁶⁵ в штат женской консультации могут быть приняты социальные работники, одной из задач которых является индивидуальная работа с обратившимися в консультацию женщинами с целью прервать беременность.

Кроме этого, представляется, что проблему аборт нужно разрешать средствами и методами, которые создадут ситуацию, когда не нужно будет решать вопрос о необходимости аборта законодательными мерами. Одним из таких средств является защита материнства. Конституция Российской Федерации провозглашает охрану материнства и семьи государством. Материнством считается способность женщин к выполнению важнейшей биологической и социальной функции – воспроизводство потомства, продолжение человеческого рода. Из этого вытекает право женщины иметь ребёнка, и этому праву корреспондирует только обязанность создать условия, чтобы она могла его иметь, и субъектом этой обязанности является государство. Защита материнства – одна из приоритетных задач Российского государства.

СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ

Тема 1. ВВЕДЕНИЕ В КУРС «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

1. Понятие, предмет и метод медицинского права.
2. Право граждан на охрану здоровья и его гарантии. Право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье.
3. Здоровье как охраняемое законом право.
4. Основные принципы охраны здоровья граждан. Соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья.
5. Источники медицинского права. Законодательство о здравоохранении.
6. Пути совершенствования медицинского законодательства.
7. Система здравоохранения и государство.

Тема 2. ПРАВА ГРАЖДАН В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

1. Права граждан на медико-социальную помощь.
2. Права отдельных групп населения в области охраны здоровья:
 - права семьи;
 - права беременных женщин и матерей;
 - права несовершеннолетних;
 - права военнослужащих и граждан, подлежащих призыву на военную службу и поступающих на военную службу по контракту;
 - права граждан пожилого возраста и инвалидов;
 - права граждан при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагоприятных районах;
 - права лиц, задержанных, заключённых под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест.
3. Правовой статус медицинских работников.

Тема 3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Системы здравоохранения: общие принципы строения и сравнительная характеристика.
2. Основное содержание современной реформы здравоохранения Российской Федерации. Переход от бюджетной к бюджетно-страховой медицине.
3. Основные принципы медицинского страхования, субъекты и принципы их взаимодействия.

Тема 4. МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО, БИОЭТИКА И ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

1. Понятие, цели и принципы биоэтики.
2. Принципы «Не навреди» и «Делай благо» в биоэтике.
3. Принципы патернализма и уважения автономии пациента.
4. Принцип справедливости в биоэтике.

⁶⁵ Российская газета. 2007. № 268.

5. Новые биотехногенные реальности в медицине: место и роль биоэтики.

Тема 5. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1. Проблемы права и психиатрии в контексте медицинского права.
2. Биоэтика и психиатрия. История развития психиатрии как науки.
3. Патернализм и партнёрство в психиатрии.
4. Развитие законодательства о психиатрической помощи в России.
5. Обеспечение психиатрической помощью и защита прав лиц, страдающих психическими расстройствами.
6. Виды психиатрической помощи и порядок её оказания.
7. Принудительные меры медицинского характера в психиатрии. Психиатрическая экспертиза и её виды.

Тема 6. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА И ДОНОРСТВА КРОВИ И ЕЁ КОМПОНЕНТОВ

1. Законодательство, регулирующее деятельность по трансплантации органов и (или) тканей человека.
2. Понятие и виды трансплантации, условия и порядок трансплантации.
3. Доноры и реципиенты.
4. Презумпция согласия и право на разрешение изъятия трансплантантов.
5. Трансплантация и принципы биоэтики.
6. Законодательство о донорстве крови и её компонентов.
7. Организация донорства крови и её компонентов.
8. Опасности «кровоной» медицины.

Тема 7. ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В РЕПРОДУКТИВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА

1. Искусственное оплодотворение.
2. Искусственное прерывание беременности.
3. Медицинская стерилизация.

Тема 8. ЭВТАНАЗИЯ: ЖИЗНЕННЫЙ СМЫСЛ ВЫБОРА СМЕРТИ

1. Понятие и виды эвтаназии.
2. Эвтаназия и биоэтика.
3. Законодательное регулирование эвтаназии в России.
4. Отношение к эвтаназии в различных странах мира.
5. Эвтаназия как форма реализации права человека на смерть.

Тема 9. ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинский эксперимент, пределы допустимости, правовые вопросы.
2. Правовые вопросы оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным.
3. Порядок оборота лекарственных средств на территории Российской Федерации.
- 4.оборот наркотических средств и оказание помощи больным наркоманией.
5. Осуществление противоэпидемиологических и санитарных мероприятий.
6. Иммунопрофилактика инфекционных болезней.

Тема 10. ПРАВОВАЯ ОЦЕНКА ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ

1. Медицинская услуга и экспертиза врачебной деятельности.
2. Понятие врачебной ошибки и границы допустимых в медицинской практике ошибок.
3. История развития уголовного законодательства по вопросам оценки врачебной ошибки.
4. Оценка врачебной деятельности по УК Российской Федерации.
5. Гражданско-правовая ответственность медучреждений и медработников.
6. Дисциплинарная и административная ответственность медработников.

**ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ (ЗАЧЁТУ)
ПО КУРСУ «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»**

1. Предмет и система медицинского права.
2. Источники медицинского права; законодательство Российской Федерации о здравоохранении и медицине.
3. Конвенция о правах человека и биомедицине.
4. Закон Российской Федерации о психиатрической помощи и правах лиц с психическими расстройствами.
5. Система здравоохранения: понятие и правовые основы.
6. Государственное управление в области здравоохранения: понятие и основы организации.
7. Государственный контроль в области охраны здоровья граждан.
8. Правовое положение учреждений здравоохранения.
9. Основные принципы охраны здоровья граждан в Российской Федерации.
10. Права граждан в области охраны здоровья.
11. Понятие и правовое регулирование медицинской помощи.
12. Медицинские услуги: понятие и виды.
13. Права граждан при получении медицинской помощи.
14. Право пациента на информированное лечение.
15. Принудительные меры медицинского характера: понятие и значение.
16. Принципы и особенности оказания психиатрической помощи.
17. Диспансеризация лиц, страдающих психическими расстройствами.
18. Психиатрическое освидетельствование и судебно-психиатрическая экспертиза.
19. Права пациента в психиатрическом стационаре.
20. Врачебная этика; правовые последствия нарушения врачебной тайны.
21. Понятие и принципы биоэтики.
22. Этика медицинских исследований. Нюрнбергский кодекс.
23. Биоэтические и правовые вопросы трансплантации эмбриональных (фетальных) органов и тканей человека.
24. Эвтаназия: проблемы этики и права.
25. Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека.
26. Трансплантация и донорство: правовые аспекты.
27. Правовые аспекты суррогатного материнства.
28. Правовой статус ВИЧ-инфицированных граждан.
29. Правовой статус медицинских работников и врачей.
30. Правовая оценка врачебной ошибки.
31. Обжалование решений и действий (бездействий) врачей и органов здравоохранения, нарушающих права граждан.
32. Виды правонарушений и преступлений, связанные с профессиональной деятельностью медицинских работников.
33. Юридическая ответственность в здравоохранении.
34. Гражданско-правовая, административная и дисциплинарная ответственность медицинских учреждений и медицинских работников.
35. Ответственность за поставление в опасность заражения ВИЧ-инфекцией в контексте защиты прав человека.
36. Ответственность за незаконное производство абортов.
37. Возмещение вреда, причинённого здоровью ненадлежащим врачеванием и некачественными медицинскими препаратами.
38. Правовые аспекты медицинской профилактики.
39. Правовые основы санитарно-эпидемиологического надзора.
40. Государственно-правовое регулирование в сфере обращения лекарственных средств и фармацевтической деятельности.
41. Судебно-медицинская экспертиза: понятие и виды.
42. Финансирование здравоохранения: способы и порядок.
43. Медицинское страхование: понятие и виды.
44. Международное медицинское право.

ПРОВЕРОЧНЫЙ ТЕСТ
по дисциплине «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»

1. Целью биоэтики является:

- а) сбалансировать права личности, групп, всего общества в условиях бурных изменений в медицине;
- б) предотвратить любые злоупотребления новыми медицинскими средствами;
- в) по возможности добиваться справедливости в использовании новых возможностей медицины;
- г) всё перечисленное.

2. Принципы биоэтики – это:

- а) не навреди, делай благо, уважение автономии пациента, справедливость;
- б) правило правдивости, правило конфиденциальности, правило информированного согласия;
- в) всё перечисленное.

3. Конституция Российской Федерации не закрепляет положения, что:

- а) каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- б) не допускается дискриминация, обусловленная наличием у граждан каких-либо заболеваний;
- в) перечисление в Конституции Российской Федерации основных прав и свобод не должно толковаться как отрицание или умаление других общепризнанных прав и свобод человека и гражданина.

4. Законодательство Российской Федерации в области охраны здоровья:

- а) позволяет гражданину непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья;
- б) запрещает предоставлять информацию пациенту о состоянии его здоровья в случаях неблагоприятного прогноза развития болезни.

5. Для проведения медицинского вмешательства необходимо:

- а) получить добровольное согласие пациента;
- б) решение суда;
- в) решение консилиума врачей.

6. Оказание медицинской помощи без согласия граждан или их законных представителей:

- а) допускается в отношении несовершеннолетних;
- б) допускается в отношении лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами, а также лиц, совершивших общественно опасное деяние;
- в) не допускается.

7. Эвтаназия по законодательству Российской Федерации – это:

- а) удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственного поддержания жизни;
- б) милосердное убийство;
- в) действие или бездействие, влекущее за собой наступление лёгкой смерти;
- г) вызывание у страдающего больного лёгкой смерти по осмысленному требованию больного с помощью различных медикаментозных и иных средств.

8. Понятие эвтаназии содержится в:

- а) Конституции Российской Федерации;
- б) Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- в) Уголовном кодексе Российской Федерации.

9. Эвтаназия в Российской Федерации:

- а) разрешена;
- б) запрещена.

10. Проведение медицинских экспериментов, научных или иных опытов с участием людей в Российской Федерации:

- а) запрещено;
- б) разрешено, но только при получении добровольного письменного согласия испытуемого или его законного представителя;
- в) разрешено, если результаты такого исследования могут быть использованы в интересах излечения данного пациента.

11. Трансплантация органов и тканей человека в Российской Федерации основана на:

- а) принципе «презумпции несогласия» на изъятие органов и тканей умерших людей;
- б) принципе «презумпции согласия» на изъятие органов и тканей умерших людей;
- в) нет правильного ответа.

12. Найдите неверное утверждение:

- а) донором при трансплантации органов или тканей может быть только дееспособный гражданин, достигший 18-летнего возраста;
- б) живой донор при трансплантации органов или тканей должен находиться с реципиентом в генетической связи;
- в) не допускается изъятие органов и тканей для трансплантации у лиц, находящихся в служебной или иной зависимости от реципиента;
- г) изъятие органов и тканей для трансплантации у живых доноров запрещено.

13. В соответствии с Законом «О донорстве крови и её компонентов» кровь изымается у ...

- а) живого человека в возрасте от 18 до 60 лет;
- б) живого человека в возрасте от 18 до 50 лет;
- в) живого человека независимо от возраста.

14. В соответствии с Законом «О донорстве крови и её компонентов» кровь изымается:

- а) на основании добровольного устного согласия лица на взятие у него крови или её компонентов;
- б) на основании добровольного письменного согласия лица на взятие у него крови или её компонентов.

15. Психиатрическая помощь гражданам в Российской Федерации оказывается в ...

- а) принудительном порядке;
- б) добровольном порядке.

16. Дискриминация лиц, страдающих психическими расстройствами:

- а) запрещена;
- б) вследствие психического расстройства гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности, связанных с повышенной опасностью;
- в) верны оба варианта ответа.

17. Уголовное наказание предусмотрено за:

- а) незаконное помещение в психиатрический стационар;
- б) принудительное психиатрическое освидетельствование.

18. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия не может быть произведено в случаях:

- а) когда больной совершает действия, дающие основания предполагать у него тяжёлое психическое расстройство, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих;

б) когда больной совершает действия, дающие основания предполагать у него тяжёлое психическое расстройство, которое обуславливает его беспомощность, т.е. неспособность самостоятельно удовлетворить основные жизненные потребности;

в) когда больной совершает действия, дающие основания предполагать у него тяжёлое психическое расстройство, которое обуславливает существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи;

г) когда больной совершает действия, дающие основания предполагать у него тяжёлое психическое расстройство, которое обуславливает его склонность к совершению общественно опасных действий.

19. Право человека на уважение его достоинства и его прав, вне зависимости от его генетических характеристик закреплено в ...

- а) Конституции Российской Федерации;
- б) Всеобщей декларации о геноме человека и о правах человека;
- в) Нюрнбергском кодексе.

20. Медицинский патернализм – это:

а) такой подход к оказанию медицинской помощи, который предполагает, что врач может опираться лишь на свои собственные суждения о потребностях пациента в лечении, информировании, консультировании;

б) такой подход к оказанию медицинской помощи, который предполагает, что только выбор, делаемый пациентом, как бы он ни расходился с позицией доктора, должен определять дальнейшие действия последнего.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее учебное пособие рассчитано на студентов, обучающихся по специальности «Юриспруденция» в рамках дисциплин регионального компонента по гражданско-правовой специализации. В нём приведена авторская программа курса «Медицинское право», тематика семинарских занятий и наиболее значимые лекции по курсу. Изучение данного курса позволяет расширить представления студентов о философских подходах к трактовке права, раскрыть понятие нового для современного естествознания явления – биоэтики, главная задача которой – обратить внимание человечества на необходимость защиты наряду с правами и свободами также и целостности каждого человека, что имеет принципиальное значение для правового регулирования в сфере биологии и медицины. Права граждан в области медицины носят уникальный характер. С одной стороны, они затрагивают повседневные и очевидные жизненные интересы практически каждого человека. С другой стороны, их реализация зависит не столько от политических коллизий и даже ресурсных возможностей, сколько от уровня и состояния правосознания, от осознания людьми своих прав и готовности их отстаивать. Особенно это актуально для студентов-юристов, чья профессиональная задача заключается в применении законодательства в целях защиты прав и законных интересов человека.

СПИСОК НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативные правовые акты

1. Всеобщая Декларация прав человека. – М. : Дрофа, 1999.
2. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины // Российский бюллетень по правам человека. – Вып. 10. – С. 106.
3. Дополнительный Протокол к Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины относительно запрещения клонирования людей // СПС «Гарант».
4. Всеобщая Декларация о геноме человека и правах человека // UNICEF. – 1997. – 10 с.
5. Конвенция о правах ребёнка // UNICEF Детский Фонд ООН. – 1990. – 20 с.
6. Конституция Российской Федерации : принята всенародным голосованием 12.12.1993 г. – М., 2009.
7. Уголовный Кодекс Российской Федерации. – М. : Кодекс, 2009.
8. Семейный Кодекс Российской Федерации. – М. : Юрайт, 2009.
9. О трансплантации органов и (или) тканей человека : федер. закон от 22.12.1992 г. № 4180-1. (с посл. изм. и доп.) // Ведомости Съезда Народных Депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации (далее – Ведомости Российской Федерации). – 1993. – № 2. – Ст. 62.
10. О донорстве крови и её компонентов : федер. закон от 9.06.1993 г. № 5142-1 (с посл. изм. и доп.) // Ведомости Российской Федерации. – 1993. – № 28. – Ст. 1064.
11. Об охране здоровья граждан : Основы законодательства Российской Федерации от 22.07.1993 г. № 5487-1 (с посл. изм. и доп.) // Ведомости Российской Федерации. – 1993. – № 33. – Ст. 1318.
12. О государственном регулировании в области генно-инженерной деятельности : федер. закон от 05.07.1996 г. № 86-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1996. – № 28. – Ст. 3348.
13. О временном запрете на клонирование человека : федер. закон от 20.05.2002 г. № 54-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2002. – № 21. – Ст. 1917.
14. О защите прав потребителей : закон Российской Федерации от 07.02.1992 г. (в ред. от 9.01.1996 г. № 2-ФЗ, с изм. от 17.12.2001 г. № 212-ФЗ) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2000. – № 3. – Ст. 140.
15. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации : закон Российской Федерации от 28.06.1991 г. № 1499-1 (с посл. изм. и доп.) // Российская газета. – 1991. – 21 июля.
16. О лицензировании отдельных видов деятельности : федер. закон от 25.09.1998 г. № 158-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998. – № 39. – Ст. 4857.
17. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании : закон Российской Федерации от 02.07.1992 г. (с посл. изм. и доп.) // Российская газета. – 1998. – 29 июля.
18. О трансплантации органов и(или) тканей человека : закон Российской Федерации от 22.10.1992 г. № 4180-1 // Ведомости Российской Федерации. – 1993. – № 2.
19. О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) : федер. закон от 30.03.1995 г. № 38-ФЗ (с посл. изм. и доп.) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1995. – № 14.
20. О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации : федер. закон от 31.05.2001 г. № 73-ФЗ // Российская газета. – 2001. – 5 июня.
21. О лекарственных средствах : федер. закон от 22.06.1998 г. № 86-ФЗ (в ред. от 3.10.01.2003 г. № 5-129) // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1998.
22. О судебной практике по делам о возмещении вреда, причинённого повреждением здоровья : постановление Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28.04.1994 г. // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. – 1994. – № 6.
23. О федеральной целевой программе «Медицина высоких технологий : постановление Правительства Российской Федерации от 25.11.1998 г. № 1391 // Российская газета. – 1998. – 8 декабря.
24. О применении вспомогательных репродуктивных технологий в терапии женского и мужского бесплодия : приказ Минздрава Российской Федерации от 26.02.2003 г. № 67 // Российская газета. – 2003. – 6 мая.

Учебники, монографии

1. Абдалова, Р.М. Правовые вопросы искусственного зачатия детей / Р.М. Абдалова. – М. : ИНИОН АН СССР, 1989.
2. Анисина, М.Б. Если вам нужен ребёнок / М.Б. Анисина, В.М. Здановский. – М. : Информполиграф, 1995.
3. Анощенко, С. Согласие лица на причинение ему вреда в применение к ст. 122 Уголовного кодекса Российской Федерации / С. Анощенко // Уголовное право. – 2005. – № 5.
4. Афанасьева, Е.Г. У истоков человеческой жизни / Е.Г. Афанасьева. – М. : ИНИОН РАН, 1994. – 210 с.
5. Балашов, Н. Искусственное оплодотворение: что думают православные / Н. Балашов // Человек, 1995. – № 3. – С. 77 – 81.
6. Балашов, Н. Русская православная церковь и проблемы биоэтики / Н. Балашов // Медицинское право и этика. – 2000. – № 2. – С. 39 – 43.

7. Бахтиярова, В.О. Искусственные дети / В.О. Бахтиярова // Человек. – 1995. – № 4.
8. Биомедицинская этика / под ред. В.И. Покровского, Ю.М. Лопухина. – М. : Медицина, 2002. – Вып. 3. – 240 с.
9. Биоэтика: принципы, правила, проблемы / под ред. Б.Г. Юдина. – М. : Эдиторал-УРСС, 1998. – 472 с.
10. Биоэтика: проблемы, трудности и перспективы // Вопросы философии, 1992. – № 10. – С. 3 – 29.
11. Брусиловский, А.И. Жизнь до рождения / А.И. Брусиловский. – М. : Знание, 1991.
12. Бюхнер, Ф. Человек под углом современной медицины / Ф. Бюхнер. – М. : Медицина, 1985. – 75 с.
13. Васин, В. Права человека и призрак евгеники / В. Васин // Законность. – 1999. – № 10. – С. 30 – 38.
14. Волож, З.Л. Право на кровь / З.Л. Волож // Советская юстиция. – 1978. – № 7.
15. Воронина, З.И. Реализация прав ребёнка на идентифицирующую информацию при применении вспомогательных репродуктивных технологий / З.И. Воронина // Российский юридический журнал. – 2008. – № 1. – С. 63 – 68.
16. Гражданское право России. Ч. 1 / под ред. З.И. Цыбуленко. – М. : БЕК, 1998. – 318 с.
17. Григорович, Е.В. Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона человека : дис. ... канд. юрид. наук / Е.В. Григорович. – М., 1999. – 171 с.
18. Григорович, Е.В. Проблемы правового регулирования защиты человеческого эмбриона / Е.В. Григорович // Юрист. – 1999. – № 11. – С. 59–60.
19. Гуев, А. Уголовная ответственность медицинских работников за причинение смерти по неосторожности / А. Гуев // Врач. – 1998. – № 3. – С. 40–41.
20. Дети из пробирки: этика и практика биомедицины // Наука и религия. – 1988. – № 3. – С. 20–21.
21. Диагностика и лечение бесплодного брака / под ред. Т.Я. Пшеничниковой. – М. : ВНИЦ по здоровью матери и ребёнка, 1991. – 240 с.
22. Додонова, С. Группа риска – вся страна / С. Додонова // Российская Федерация сегодня. – 2005. – № 4.
23. Дргонец, Я. Современная медицина и право / Я. Дргонец, П. Холлендер. – М. : Юридическая литература, 1991. – 336 с.
24. Дубровина, Н. Рождённые in vitro / Н. Дубровина // Человек. – 1995. – № 3.
25. Евсеев, С.В. Медико-правовые аспекты оценки качества медицинской помощи: сравнение отечественной и зарубежной практики / С.В. Евсеев // Медицинское право. – 2006. – № 1 (13). – С. 39 – 43.
26. Ендольцева, А.В. Освобождение от уголовной ответственности в случае, предусмотренном законодателем в примечании к ст. 122 Уголовного кодекса Российской Федерации / А.В. Ендольцева // Российский следователь. – 2004. – № 4.
27. Залозный, А.В. Согласие потерпевшего как проявление диспозитивности в уголовном праве / А.В. Залозный // Юридический аналитический журнал. – 2006. – № 3–4 (17–18).
28. Зедайн, О. Сотворение жизни / О. Зедайн // Здоровье. – 2000. – № 3. – С. 48 – 52.
29. Иванов, В.И. Этико-правовые аспекты проекта «Геном человека» / В.И. Иванов. – М. : РНКБ РАН, 1998. – 256 с.
30. Иванюшкина, В. Рождённые in vitro / В. Иванюшкина // Человек. – 1995. – № 3.
31. Иващенко, И. Подари мне сына или дочку / И. Иващенко // Смена. – 1998. – № 10. – С. 30 – 37.
32. Канунникова, Л.В. О правовых проблемах врачебной (медицинской) ошибки / Л.В. Канунникова, Я.А. Фролов, Е.В. Фролова // Медицинское право. – 2003. – № 2 (2). – С. 22–23.
33. Козак, В.С. Врачебные правонарушения и неумышленная вина врача / В.С. Козак // Медицинское право и этика. – 2003. – № 4. – С. 11–12.
34. Кондакова, Н.В. Понятие качества медицинской помощи / Н.В. Кондакова // Качество медицинской помощи. – 2000. – № 1. – С. 3–4.
35. Комментарий к Гражданскому кодексу Российской Федерации, части первой / под ред. проф. Т.Е. Абовой, А.Ю. Кабалкина. – М. : Юрайт-Издат ; Право и закон, 2002.
36. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации : научно-практический комментарий / В.М. Лебедев. – М. : Юрайт-М, 2001.
37. Крылова, Н.Е. Некоторые вопросы уголовной ответственности медицинского работника за заражение ВИЧ-инфекцией / Н.Е. Крылова // Медицинское право. – 2004. – № 3 (7). – С. 36 – 39.
38. Квернадзе, Р.А. Некоторые аспекты становления и развития законодательства в области здравоохранения / Р.А. Квернадзе // Государство и право. – 2001. – № 8. – С. 99 – 104.
39. Ковалёв, М.И. Генетика человека и его права / М.И. Ковалёв // Государство и право. – 1994. – № 1. – С. 12 – 22.
40. Конституции зарубежных стран : учебное пособие / сост. В.В. Маклаков. – М. : БЕК, 2000. – 592 с.
41. Курило, Л.Ф. Репродуктивные технологии и технологии получения эмбрионов человека / Л.Ф. Курило // Человек. – 1995. – № 4. – С. 112 – 119.
42. Лалаянц, И. Дети из пробирки / И. Лалаянц // Семья и школа. – 1987. – № 7.
43. Леонов, Б.В. Одиночество вдвоём / Б.В. Леонов. – М. : Сов. Россия, 1991.
44. Летов, О.В. Современные проблемы медицинской этики / О.В. Летов. – М. : ИНФРА-М, 1998.
45. Линик, Л.Н. Конституционное право граждан Российской Федерации на жизнь : автореф. дис. ... канд. юрид. наук / Л.Н. Линик. – М., 1993. – 26 с.
46. Лобанова, Л.В. Уголовно-правовое значение возможного заражения ВИЧ-инфекцией / Л.В. Лобанова, Р.Г. Каменев // Российская юстиция. – 2008. – № 3.
47. Малеина, М.Н. О праве на жизнь / М.Н. Малеина // Советское государство и право. – 1992. – № 2. – С. 50 – 59.
48. Малеина, М.Н. Человек и медицина в современном праве / М.Н. Малеина. – М. : БЕК, 1995. – 272 с.
49. Масалимова, А.Р. Природа правоотношений по оказанию медицинских услуг / А.Р. Масалимова // Российский юридический журнал. – 2007. – № 3.
50. Медицина и права человека. – М. : Прогресс-Интер, 1992. – 214 с.

51. Мискарян, Е.Г. О правовом регулировании применения искусственного оплодотворения / Е.Г. Мискарян. – М. : Юридическая литература, 1980.
52. Мохов, А.А. К вопросу о квалификации обязательств из причинения вреда здоровью или жизни гражданина (пациента) / А.А. Мохов // Медицинское право. – 2005. – № 1 (9). – С. 32–33.
53. Мохов, А.А. «Врачебная ошибка» как актуальная проблема судебной практики / А.А. Мохов, И.Н. Мохова // Медицинское право. – 2004. – № 2 (6).
54. Мыльникова, И.С. Врачебная ошибка и перспективы судебной практики по искам пациентов к врачам / И.С. Мыльникова // Главный врач. – 1996. – № 4.
55. Никитин, А.Н. Искусственная репродукция: теория и практика / А.Н. Никитин // Проблемы репродукции. – 1997. – № 3. – С. 20 – 35.
56. Никитин, А.Н. Методы вспомогательной репродукции / А.Н. Никитин // Проблемы репродукции. – 1995. – № 1. – С. 68 – 75.
57. Новотны, П.П. Что делать при бесплодии / П.П. Новотны. – М. : Крон-Пресс, 1995. – 144 с.
58. Ожегов С.И. Словарь русского языка / С.И. Ожегов. – М. : Мысль, 1960. – 352 с.
59. Пол, секс, человек / под ред. С.Г. Васецкого. – М. : Мир, 1993.
60. Покровский, В.В. ВИЧ-инфекция в России: прогноз / В.В. Покровский // Вопросы вирусологии. – 2007. – № 3.
61. Панов, А.В. О компенсации морального вреда / А.В. Панов // Здоровоохранение. – 2003. – № 9.
62. Пашинян, Г.А. Экспертиза профессиональных ошибок медицинских работников в гражданском судопроизводстве / Г.А. Пашинян, В.В. Жаров, В.В. Зайцев // Медицинское право. – 2004. – № 1 (5). – С. 37 – 41.
63. Постатейный Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации / А.В. Наумов. – М. : Гардарика, Фонд «Правовая культура», 1996.
64. О здравоохранении в Российской Федерации : проект федерального закона ; внесён депутатами Государственной Думы Н.Ф. Герасименко и др. // Текст проекта официально не опубликован.
65. О частном здравоохранении : проект федерального закона ; разработан по инициативе Комитета рабочей группой под руководством депутатов Государственной Думы Г.Р. Аскерханова и др. ; от исполнительных и законодательных органов субъектов Российской Федерации И.М. Акулин и др. // Текст проекта официально не опубликован.
66. Рыков, В.А. Медицинское право: справочник в вопросах и ответах / В.А. Рыков // Серия «Консультирует юрист». – Ростов н/Д : Феникс, 2002.
67. Рыков, В.А. Врачебная ошибка: медицинские и правовые аспекты / В.А. Рыков // Медицинское право. – 2005. – № 1. – С. 45.
68. Панкратов, В.В. Добровольное согласие на заражение ВИЧ-инфекцией / В.В. Панкратов // Журнал российского права. – 2005. – № 5. – С. 45.
69. Проект Протокола о биомедицинских исследованиях // Медицинское право и этика. – 2001. – № 3. – С. 32 – 44.
70. О правовых основах биоэтики и гарантиях её обеспечения : проект федерального закона // Бюллетень по правам человека. – 1998. – № 10.
71. Романовский, Г. Генетическая гигиена / Г. Романовский // Законность. – 2001. – № 7. – С. 34 – 37.
72. Романовский, Г. Право на искусственное оплодотворение и экология размножения / Г. Романовский // Законность. – 2003. – № 7. – С. 30 – 34.
73. Сабанов, В.И. Лекции по истории мировой медицины / В.И. Сабанов. – Волгоград : Знание, 1996. – 108 с.
74. Селезнёв, М. Правовые аспекты генетической гигиены / М. Селезнёв // Законность, 1999. – № 4. – С. 39 – 43.
75. Сергеев, А.И. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в системе основных личных и социально-экономических прав человека и гражданина в России / А.И. Сергеев // «Чёрные дыры» в российском законодательстве. – 2007. – № 4. – С. 29 – 31.
76. Сергеев, Ю.Д. Об экспертной и правовой оценке гражданских дел в случаях ненадлежащего врачевания / Ю.Д. Сергеев // Медицинское право. – 2005. – № 2 (10). – С. 31 – 34.
77. Степанов, Е.М. Что такое врачебная ошибка / Е.М. Степанов // Терапевтический архив. – 2004. – № 11. – С. 35 – 38.
78. Судебная медицина. Общая и особенная части : учебник /
79. Судебная практика к Уголовному кодексу Российской Федерации / сост. : С.В. Бородин, А.И. Тарасова ; под общ. ред. В.М. Лебедева. – М. : Спарк, 2001.
80. Силуянова, И.В. Биоэтика в России: ценности и законы / И.В. Силуянова. – М. : Грантъ, 2001. – 192 с.
81. Стеценко, С.Г. Право и медицина: проблемы соотношения / С.Г. Стеценко. – М. : Международный университет, 2002. – 249 с.
82. Уголовный кодекс Франции / под ред. С.В. Головки. – СПб. : Юридический Центр-Пресс, 2002. – 650 с.
83. Угрюмов, М. Клиническая нейротрансплантация и «русское чудо» : доклад / М. Угрюмов // Наука. – 1999. – № 18. – С. 10 – 12.
84. Харрис, Дж. Стволовые клетки и воспроизводство / Дж. Харрис // Человек. – 2003. – № 5. – С. 123 – 139.
85. Филиппов, А.Г. Опыт социологического подхода к профилактике ВИЧ-инфекции. На примере Волгоградской области / А.Г. Филиппов // Закон и право. – 2007. – № 2.
86. Шевчук, С.С. Некоторые проблемы правового регулирования применения искусственных методов оплодотворения / С.С. Шевчук // Юрист. – 2002. – № 9.
87. Широков, К.С. Согласие лица на причинение вреда его здоровью при трансплантации органов или тканей: условия правомерности / К.С. Широков // Правоведение. – 2008. – № 1. – С. 86 – 92.
88. Шкляев, У.В. Уголовно-правовая ответственность за причинение вреда здоровью при оказании медицинской помощи / У.В. Шкляев, В.Н. Савельев // Венеролог. – 2004. – № 1. – С. 68 – 70.

89. Эльштейн, Н.В. Современный взгляд на врачебные ошибки / Н.В. Эльштейн // Терапевтический архив. – 2005. – № 8. – С. 88 – 92.

90. Эрделевский, А.М. Компенсация морального вреда, причинённого членам семьи умершего / А.М. Эрделевский // Медицинское право и этика. – 2001. – № 3. – С. 26–27.

91. Юридический анализ профессиональных ошибок медицинских работников / В.В. Сергеев и др. – Самара : Типография «Сокол-Т», 2000.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ В «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»	3
ПРОГРАММА (СОДЕРЖАНИЕ) КУРСА «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО» ...	5
КОНСПЕКТЫ ЛЕКЦИЙ ПО КУРСУ «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»	9
Тема 1. Понятие и система медицинского права	9
Тема 2. Законодательство России о здравоохранении и медицине	12
Тема 3. Принципы биоэтики	19
Тема 4. Права граждан в области охраны здоровья	31
Тема 5. Права и обязанности медицинских работников	45
Тема 6. Правовые основы медицинской профилактики	49
Тема 7. Правовые основы медицинской деятельности по трансплантации органов и (или) тканей человека	53
Тема 8. Законодательство Российской Федерации в сфере искусственного прерывания беременности	59
СЕМИНАРСКИЕ ЗАНЯТИЯ	63
ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ (ЗАЧЁТУ) ПО КУРСУ «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»	66
ПРОВЕРОЧНЫЙ ТЕСТ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО»	68
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	72
СПИСОК НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	73