

Г.В. Бирлидис, И.В. Ремизов, Е.П. Калиниченко

**ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Учебник для медицинских училищ и колледжей

Под редакцией кандидата медицинских наук И.В. Ремизова

Авторский коллектив:

Галина Васильевна Бирлидис, доктор медицинских наук,
Игорь Викторович Ремизов, кандидат медицинских наук,
Евгений Петрович Калиниченко.

Рецензент: Сахновский А.Ф. – профессор кафедры гражданского права Кубанского государственного аграрного университета, кандидат юридических наук

Учебник написан в соответствии с новым государственным образовательным стандартом среднего специального медицинского образования по учебной дисциплине «Правовые основы профессиональной деятельности» и с примерной программой, разработанной Всероссийским учебно-научно-методическим центром по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию. Он состоит из теоретической части, посвященной правовой базе профессиональной деятельности медицинских работников в Российской Федерации. Учебник содержит также тесты и ситуационные задачи по темам основных разделов учебной дисциплины. В приложении приводятся выдержки из некоторых нормативных документов, регламентирующих деятельность средних медицинских работников, примерные схемы отчетов к аттестации, примерную схему договора на оказание платных медицинских услуг и т.п.

Учебник рассчитан на студентов медицинских училищ и колледжей. Он может быть также полезен для средних медицинских работников для разрешения юридических вопросов, возникающих в их повседневной деятельности.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:

Предисловие

Повседневная жизнь человека регламентирована совокупностью норм и правил: бытовых, морально-этических, правовых и прочих. Эти правила возникли в глубокой древности и продолжают непрерывно развиваться и изменяться. Благодаря ним человеческое общество пребывает в относительной стабильности. Знание правовых норм позволяет отдельному человеку достаточно комфортно чувствовать себя в непростом современном мире, так как, зная «правила игры», меньше шансов попасть в неприятную ситуацию из-за их нарушения. Ведь незнание закона не освобождает от ответственности!

Специфика работы медиков заключается в том, что они в процессе своей профессиональной деятельности контактируют с большим количеством людей, начиная от коллег и кончая пациентами и их родственниками. Медицинский работник может выступать в различных ипостасях: как работник и работодатель, руководитель, как производитель определенных услуг и т.д.

В силу своей специфичности профессиональная деятельность медика происходит, зачастую, в условиях высокой психоэмоциональной напряженности, связанной со страданием, горем, смертью, с которыми он постоянно встречается на работе, что определяет высокие требования общества к работникам данной профессии. Эти требования обычно справедливы, но в различных профессиональных ситуациях они обуславливают повышенное внимание к действиям медицинских работников, их промахам, действительным или мнимым. В этих случаях правовая грамотность медика не только сможет помочь выйти из неприятной ситуации, но, нередко, и избежать ее. Особенно актуальным это становится в наше время, когда переход к новой социально-экономической формации в России сопряжен с устареванием прежних и появлением новых законов и подзаконных актов. Такие явления, как появление системы обязательного медицинского страхования, частной медицины и многое другое определяют необходимость правовых знаний по данным вопросам.

Правовая грамотность необходима любому сотруднику при выполнении своих должностных обязанностей. Без нее он не сможет отстаивать свои права во многих вопросах, таких, как оплата труда, прием на работу, увольнение, выход на пенсию, повышение квалификации и многое другое.

Учебник «Правовые основы профессиональной деятельности медицинских работников» написан в соответствии с требованиями нового государственного образовательного стандарта среднего специального медицинского образования и примерной программой данной учебной дисциплины, разработанной во Всероссийском учебно-научно-методическом центре по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию. В нем изложена суть основополагающих нормативных актов, регламентирующих деятельность медицинских работников, их права и обязанности, права и обязанности пациентов: Основ законодательства Российской Федерации по охране здоровья граждан, Законов о санитарно эпидемическом благополучии населения, о защите прав потребителей, о психиатрической помощи. Описаны системы управления учреждениями здравоохранения, системы социального страхования, обязательного медицинского страхования, подготовки средних медицинских работников, принципы правового регулирования предпринимательской деятельности и прочее.

В отдельные разделы помещены тесты для контроля знаний по учебной дисциплине и ситуационные задачи по основным темам.

В приложении приводятся выдержки из некоторых нормативных документов, регламентирующих деятельность средних медицинских работников, примерные схемы отчетов к аттестации, примерную схему договора на оказание платных медицинских услуг и т.п.

Учебник может оказаться полезным не только студентам медицинских училищ и колледжей, но и средним медицинским работникам при осуществлении их профессиональных обязанностей, при подготовке к аттестации и т.п.

Авторы благодарят рецензентов за высказанные суждения о данном учебнике и будут признательны читателям за выражение конструктивных замечаний о нем.

ГЛАВА 1

Краткая история законодательства, регулирующего деятельность медицинских работников. Становление законодательства в области медицины в России

Проблемы медицины и права волнуют человечество вот уже почти четыре тысячи лет. Элементы правового регулирования медицинской деятельности появились еще в Древнем мире. Существовавшие во все времена писанные и неписанные законы не могли обойти стороной вопросы, касающиеся различных взаимоотношений врача и пациента, которые на протяжении истории были весьма многообразны. Примером служат "Законы Хаммурапи", царя, правившего Вавилоном в 1792-1750 годах до нашей эры, которые дошли до нас на глиняных табличках: «Если врач сделает человеку тяжелый надрез бронзовым ножом и излечит человека или снимет бельмо человека бронзовым ножом и вылечит глаз человека, то он должен получить 10 сикелей серебра. Если врач сделает человеку тяжелый надрез бронзовым ножом и причинит смерть этому человеку или неудачно снимет бельмо человека бронзовым ножом, то ему должно отрезать пальцы».

Несмотря на выраженный дискриминационный характер по отношению к рабам, появление законов о врачебной ответственности в ту далекую эпоху было исключительно прогрессивным актом.

В Древнем Египте врачи в своей деятельности должны были руководствоваться правилами «Священной книги». Если врач лечил в полном соответствии с этими правилами, то независимо от исхода лечения, он освобождался от ответственности. Та же позиция изложена и в Римском праве. В Древнем Риме врачи могли привлекаться к ответственности за продажу ядов с целью отравления, за аборт и кастрацию.

В эпоху раннего христианства появились суровые законы за неокказание помощи больному. Например, в Палестине за такое преступление в отношении людей

свободного звания полагалась позорная казнь и конфискация имущества.

В России в средние века врачевание считалось чародейством. Поэтому за вред, причиненный лечением, врач нес ответственность как за умышленное преступление.

Уже такие памятники феодального русского законодательства, как Устав князя Владимира Святославовича (X-XI вв.) и "Русская Правда" (IX-XI вв.), содержали нормы, относящиеся к врачебной деятельности.

Князь Владимир относил лиц, занимающихся этой деятельностью, к числу служителей церкви: "А се церковные люди... лечець". "Русская Правда" упоминает о плате за лечение: "А летцю мзда".

Начиная с XVI века, отмечается определенный прогресс медицины в России, однако ее правовая регламентация развивается медленно. Лишь время от времени появляются указы, посвященные частным вопросам медицинской деятельности. Чаще всего они касались случаев медицинского освидетельствования служилых людей на предмет определения годности их к военной, либо иной государственной службе. Иногда врачам поручались исследования различных трав и корней с целью выяснения их пригодности для изготовления "зелья лихого".

Более детальная регламентация медицинской деятельности начинается при Петре I.

Законодательные акты Петра I затрагивают личные качества медика, отношение его к больным и другим вопросам лечебной деятельности. В них врачу предъявляется требование, чтобы он "в докторстве доброе основание и практику имел, трезвым, умеренным и доброхотным себя держал и в нужных случаях чин свой как ночью, так и денно отправлять мог".

Об отношении врача к больным в Морском уставе Петра I говорилось: "Ежели лекарь своим небрежением и явным прозорством к больным поступит, от чего им бедство случится, то оной яко злоторец наказан будет, яко бы своими руками его убил, или какой уд отсек".

На основании всего вышеизложенного можно сделать вывод: если нет цивилизованного права, то его место занимает право варварское, языческое, которое будет устанавливаться явочным порядком - сначала в виде прецедента, а затем и закона. Если и дальше будет откладываться правовое обеспечение деятельности медицинского работника, то к ответственности будут привлекаться, что, впрочем, нередко и происходит, только медики, которые берутся за лечение наиболее тяжелых пациентов. Таким образом, создаются предпосылки для того, чтобы сковать инициативу при оказании экстренной помощи. Кроме того, при юридическом вакууме создается мотивация для отказа от любых рискованных вмешательств.

Единого закона, регламентирующего медицинскую деятельность, в России не существовало до издания в 1857 году Врачебного устава, составившего XIII том Свода законов Российской империи. Прототипом для него послужила инструкция о правах и обязанностях врачебных управ, изданная в 1797 году.

В последующие годы в Устав вносились изменения и дополнения, но они не затрагивали основ, отражающих организационный и научный уровень медицины XVIII века (таким Врачебный устав оставался вплоть до 1917 года).

В 1737 году была создана медицинская полиция являющаяся прообразом современной санитарно-эпидемиологической службы, появилось медико-полицейское законодательство: «О сохранении улиц в чистоте для предупреждения заразительных болезней (1737г.) и «При ввозе в Россию шелка и шерсти из Константинополя выдерживать карантин» (1762г.).

Далее был принят ряд законов, посвященных ответственности предпринимателей за увечья и смерть рабочих (1899г.). Установлены Правила безопасности работ в заведениях фабрично-заводской промышленности (1913г.).

Законодательство по здравоохранению первых лет Советской власти было систематизировано в двух сборниках, изданных в 1922 и 1925 годах.

В свое время они служили настольными книгами не только для организаторов здравоохранения, но и для всех врачей того времени.

Большую роль в истории правовой регламентации врачебной деятельности сыграл Декрет ВЦИК и СНК РСФСР от 01.12.24г. "О профессиональной работе и правах медицинских работников". Этот законодательный акт явился как бы первым советским врачебным уставом. Вплоть до издания "Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении" (1969г.) Декрет ВЦИК и СНК РСФСР служил основным законодательным актом, определяющим профессиональную работу врачей.

Тем самым, до недавнего времени обеспечение прав граждан на охрану здоровья, отраженных в действующей Конституции Российской Федерации, осуществлялось в соответствии с "Основами законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении", принятыми в 1969г. Прошедшие десятилетия коренным образом изменили ситуацию в нашей стране. Накопились противоречия в законодательном обеспечении по ряду вопросов, связанных с охраной здоровья и деятельностью отрасли здравоохранения. Стало очевидным, что данный правовой акт морально и юридически устарел.

В последующем, вплоть до начала 1990-х годов, правовые акты, регламентирующие деятельность медицинских работников, определялись с позиции норм социалистического законодательства.

Радикальные преобразования в обществе, произошедшие в России в 1990 году привели и к изменению законодательства в здравоохранении.

Международное законодательство в области медицинского права: Международный кодекс медицинской этики (1983), Заявление и Декларация о политике в области охраны здоровья детей (1987) и др.

-----нет

Международные организации здравоохранения, Всемирная организация здравоохранения, Европейская медицинская ассоциация и др.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – это крупнейшая международная медицинская организация. Основной целью ее деятельности является достижение всеми народами возможно высокого уровня здоровья. В Уставе ВОЗ впервые на международном уровне было провозглашено право каждого человека на здоровье, утвержден принцип ответственности правительства за здоровье своих граждан и их международную безопасность.

Всемирная организация здравоохранения была создана после второй мировой войны, когда в политической и социально-экономической жизни стран мира произошли большие изменения. Предстояло сконцентрировать усилия на восстановлении поврежденных войной служб и обеспечить необходимой срочной помощью народы, которым война причинила ущерб или разрушения. Это потребовало создания международного единого центра здравоохранения. В связи с этим в 1946 году в Нью-Йорке по решению Экономического и Социального совета при ООН была созвана международная конференция по здравоохранению, в которой участвовали делегаты из 51 страны, а также представители международных организаций бюро, в т.ч. Международного бюро общественной гигиены, Международного Красного Креста, Международного бюро труда и др. На Конференции был разработан Устав ВОЗ, который вступил в силу 7 апреля 1948 года. Этот день ежегодно отмечается как Всемирный день здоровья.

Всемирная организация здравоохранения – это одно из наиболее широких по составу специализированных учреждений ООН. В настоящее время членами ВОЗ являются 164 государства.

Высшим органом ВОЗ является Всемирная Ассамблея здравоохранения, которая состоит из делегатов, представляющих государства – члены ВОЗ. От каждой

страны выделяется не более 3-х делегатов, один из которых является главой делегации. Очередные сессии Ассамблеи созываются ежегодно.

Ассамблея определяет направления ВОЗ, рассматривает и утверждает перспективные и годовые планы работ, бюджет, вопросы приема новых членов и лишения права голоса, назначает генерального директора ВОЗ, рассматривает вопросы сотрудничества с другими организациями, устанавливает санитарные и карантинные требования, правила-стандарты в отношении безвредности, чистоты и силы биологических и фармацевтических продуктов, имеющих обращение в международной торговле. Кроме того, Ассамблея ВОЗ рассматривает рекомендации Генеральной Ассамблеи, Экономического и Социального советов и Совета Безопасности ООН по вопросам здравоохранения и представляет им доклады о мерах, принятых ВОЗ в целях осуществления этих рекомендаций.

В настоящее время существуют следующие региональные организации: Европейская, бюро в Копенгагене (Дания); Африканская Бюро в Браззавиле (Конго); Восточно-Средиземноморская, бюро в Александрии (АРЕ); Юго-Восточная Азия, бюро в Дели (Индия); Западная часть Тихого океана, бюро в Маниле (Филлипины); Американская, бюро в Вашингтоне (США).

Согласно Уставу, ВОЗ функционирует как руководящий и координирующий орган в международной работе по здравоохранению.

ВОЗ разрабатывает и совершенствует международные стандарты, номенклатуру и классификации, содействует их распространению, проводит медицинские исследования, оказывает техническое содействие правительствам в укреплении национального здравоохранения, содействует принятию и выполнению международных конвенций, соглашений и правил в области здравоохранения.

ВОЗ сотрудничает с большим количеством (около 120) неправительственных международных организаций, а т.ч. с Лигой обществ Красного Креста, Международным обществом реабилитации, Европейской медицинской

ассоциацией, Советом международных медицинских научных организаций и др.

Всемирная организация здравоохранения разработала программу «Здоровье для всех к 2000 году», стратегию здоровья, которое дало бы возможность каждому человеку, каждой семье вести здоровый, продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни. Реализация этой стратегии возможна через первичную медико-социальную помощь в соответствующих ей учреждениях.

ЕМА- - - - нет

Российские организации здравоохранения.

(СТРУКТУРА нужна - из Интернета: Минздрав, агентства и т.д.)

Здравоохранение как система лечебно-профилактических, противозидемических, реабилитационных медицинских мер, учреждений государственной и муниципальной собственности имеет отраслевую структуру, совокупность деятельности структур, а именно - элементов системы, представляющих отрасль в целом:

- 1) лечебно - профилактическую (амбулаторно-поликлинические учреждения, больницы, диспансеры и др.);
- 2) охрану здоровья, медицинскую помощь женщинам и детям;
- 3) санитарно-противозидемическую;
- 4) медицинскую - фармацевтическую промышленность, аптечные учреждения и предприятия;
- 5) медицинское образование и медицинскую науку - высшие и средние медицинские и научно-исследовательские учреждения;

- 6) санитарно - курортное дело;
- 7) патологоанатомическую, судебно-медицинскую и судебно-психологическую экспертизы;
- 8) обязательное медицинское страхование.

Указанные организации (виды учреждений) составляют основу системы организации медицинской помощи, оказываемой за счет государства и муниципальных органов и учреждений. К этой системе добавляются все более расширяющаяся и укрепляющаяся система (организации) частных медицинских учреждений и медицинских учреждений общественных организаций, фондов, ассоциаций. Все в совокупности они составляют общественную систему здравоохранения, которая приходит на смену единственной монопольной, государственной – бюджетной.

Важнейшие правовые акты РФ, регулирующие сферу здравоохранения: Конституция (1993), Закон РФ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», Закон РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации (1991), Закон РФ «О защите прав потребителей (1992), Закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения (1999) и другие. Место и роль медицинского права в системе законодательства Российской Федерации.

Конец 1980-х – начало 1990 годов в России можно считать переходом к новой экономической формации. Такие периоды отличаются активной работой по осмыслению деятельности многих социальных институтов общества, тесно связанных с законотворческими процессами. Важным этапом завершения этой работы является Конституция Российской Федерации (1993) и ряд законов, имеющих отношение к регламентации медицинской деятельности: Закон РФ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», Закон РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации (1991), Закон РФ «О защите

прав потребителей (1992), Закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения (1999) и другие.

После многих лет работы 22 июля 1993 года был принят и вступил в силу Закон РФ "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" («Основы»), который является правовой базой Российского здравоохранения. Принятие Закона - эпохальное событие не только для здравоохранения, но и для общества в целом.

Правовые нормы, носящие общеобязательный характер, выполняют особую роль в качестве регулятора общественных отношений. Правовое регулирование самых больших ценностей, связанных с жизнью и здоровьем человека, относятся к числу основных прав и свобод граждан.

В «Основах» - 12 разделов.

Раздел I посвящен конституционным гарантиям государства в области охраны здоровья. Статья 42 Конституции РФ (1993) закрепила право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. В статье 2 «Основ» изложены основные принципы охраны здоровья граждан это:

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

Раздел II посвящен компетенцию республик в составе РФ, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы, Санкт-Петербурга и органов местного самоуправления в области охраны здоровья, в том

числе и разграничение полномочий государства, субъектов и муниципальных органов по охране здоровья граждан.

Разделом III даны основные положения организации охраны здоровья в РФ и система здравоохранения разделена на 3 подсистемы: **государственную, муниципальную и частную**, в зависимости от формы собственности и финансирования, что не предусматривалось прежним законодательством.

Раздел IV определяет права граждан в области охраны здоровья. Медико-социальная помощь оказывается в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и в учреждениях социальной защиты. При этом бесплатная помощь оказывается только государственными и муниципальными учреждениями в соответствии с программами государственных гарантий, предусмотренными обязательным медицинским страхованием в РФ.

Кроме того, граждане, за счет личных средств могут получить и дополнительные медицинские услуги, не предусмотренные программами государственных гарантий.

Раздел V более подробно разъясняет права в области охраны здоровья следующих категорий граждан: беременных женщин и матерей, несовершеннолетних, граждан пожилого возраста, инвалидов, военнослужащих, граждан, подлежащих призыву на военную службу и поступающих на службу по контракту, задержанных и заключенных и права граждан, оказавшихся в чрезвычайных ситуациях и в экономически неблагоприятных районах.

Раздел VI - один из наиболее важных разделов, предусматривающий права граждан при оказании медико-социальной помощи (подробнее об этом будет сказано в следующей главе).

Раздел VII посвящена медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека.

Раздел VIII определяет гарантии осуществления медико-социальной помощи граждан, а именно:

- первичной медико-санитарной помощи;

- скорой медицинской помощи;
- специализированной медицинской помощи;
- медико-социальной помощи гражданам, страдающими социально значимыми заболеваниями;
- медико-социальной помощи гражданам, страдающими заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Кроме того, определены:

- порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств и проведение биомедицинских исследований;
- порядок обеспечения населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами.

Законом запрещено медицинскому персоналу проводить **эвтаназию** – удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни.

В разделе VIII также освещены вопросы определения момента смерти человека, изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации и проведение патологоанатомических вскрытий.

Раздел IX посвящен медицинской экспертизе. Существует несколько ее видов:

- экспертиза временной нетрудоспособности;
- медико-социальная экспертиза;
- военно-правовая (врачебно-врачебная) экспертиза;
- судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза;
- независимая медицинская экспертиза.

Раздел X определяет права и социальную защиту медицинских и фармацевтических работников. Следует обратить внимание, что «Основами» определено право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью,

которое предоставлено лицам, получившим высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а на занятие определенными видами деятельности – **сертификат специалиста и лицензию.**

Важным вопросом в разделе X является вопрос о **врачебной тайне**, которая представляет собой информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении. Лицам, которым в установленном порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба несут за разглашение тайны дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с действующим законодательством.

Раздел XI посвящен международному сотрудничеству в области охраны здоровья граждан.

Разделом XII предусмотрена ответственность за причинение вреда здоровью граждан. В разделе XII конкретизируются основания возмещения затрат на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий и ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья, а также право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья.

Необходимо отметить, что общие положения законодательства, изложенные в «Основах», в дальнейшем детализируются ведомственными документами в виде приказов, распоряжений, инструкций, правил, методических писем, обязательных для исполнения медицинскими работниками.

Закон РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации (1991). Закон определил правовые, экономические и организационные основы медицинского

страхования населения в РФ и направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в новых экономических условиях и обеспечивает конституционное право граждан РФ на медицинскую помощь. **Медицинское страхование** – форма защиты интересов населения в охране здоровья, цель которого – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном (ОМС) и добровольном (ДМС).

Закон определяет понятия: субъектов и объектов медицинского страхования.

Подробнее об этом сказано в соответствующей главе.

Закон РФ «О защите прав потребителей» (1992).

Закон регулирует отношения, возникающие между потребителями и изготовителями, исполнителями, продавцами при продаже товаров (выполнении работ, оказании услуг), установление права потребителей на приобретение товаров (работ, услуг) надлежащего качества и безопасных для жизни и здоровья потребителей, получение товаров (работ, услуг) и об их изготовителях (исполнителях, продавцах), просвещение, государственную и общественную защиту их интересов, а также определяет механизм реализации этих прав.

Закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения (1999) дает понятие санитарно-эпидемиологического благополучия населения, под которым понимается такое состояние общественного здоровья и среды обитания людей, при котором отсутствует опасное и вредное влияние ее факторов на организм человека, и имеются благоприятные условия для его жизнедеятельности.

Законом вводятся санитарные правила, нормы и гигиенические нормативы, представляющие собой нормативные акты, устанавливающие критерии безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды его обитания и требования к обеспечению благоприятных

условий его жизнедеятельности. Четко определены полномочия субъектов РФ по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения, права и обязанности граждан, предприятий, организаций, защита и гарантии их прав по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия.

В целях охраны здоровья, предупреждения возникновения и распространения заболеваний Закон предусматривает профилактические медицинские осмотры граждан, как при приеме на работу, так и впоследствии.

Для пресечения нарушений санитарного законодательства Закон устанавливает государственный, ведомственный, санитарно-эпидемиологический надзор, производственный и общественный контроль, а за санитарное правонарушение – дисциплинарную, административную и уголовную ответственность.

Место и роль медицинского права в системе законодательства Российской Федерации.

В настоящее время в России и во всем мире все яснее осознается важность взаимоотношения медицины и права.

Знание законов, уважение к ним - необходимая предпосылка их точного соблюдения, одного из основных условий профилактики правонарушений. Практика свидетельствует, что, чем выше уровень юридической культуры медицинского работника, чем лучше он разбирается в основных нормах права, и неукоснительно выполняет предписания закона.

Реформирование системы охраны здоровья граждан в России, медицинское страхование породили сложные медико-правовые проблемы, требующие высокой правовой компетенции медицинских работников.

Правоотношения, которые возникают в области здравоохранения, регулируются целым рядом отраслей права, а нормы права прямо или косвенно связаны с охраной здоровья населения. Однако медицинская деятельность регулируется и подзаконными актами: приказами, инструкциями, положениями, разъяснениями Министерства здравоохранения и социального развития РФ, что приводит к

необходимости формирования такой отрасли права, как медицинское право.

Понятие **медицинского права** дано академиком РАМН, доктором медицинских наук, профессором Ю.Л.Шевченко. Под **медицинским правом** понимают совокупность нормативных актов, определяющих организационные, структурные, общеправовые отношения при оказании лечебно-профилактической помощи людям, проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий и иных действий, связанных с охраной здоровья.

Система медицинского права включает в себя лечебно-профилактические и санитарно-гигиенические нормы, а также нормативные правовые акты, регламентирующие медицинскую и фармацевтическую деятельность в сфере здравоохранения.

Знание медицинским работником основ медицинского права позволяет ему правильно ориентироваться в определенных жизненных ситуациях и при выполнении профессионального долга. С ростом общественного правосознания растет количество обращений пациентами в судебные органы за защитой своих нарушенных прав и, как правило, с возмещением морального вреда, выражающегося в денежном выражении.

Доктор медицинских наук, профессор Ю.Д.Сергеев (1997) отмечает, что пути развития здравоохранения в России в последнее время сопровождается мощной волной законотворчества в области медицины и повышением общественного интереса к правовым нормам, регламентирующим медицинскую деятельность. Анализ судебной практики показывает, что в условиях развития обязательного медицинского страхования (ОМС) и активизация движения за права потребителей, с одной стороны, и производителей - с другой, отмечается резкий рост случаев обращения пациентов в судебные органы и региональные общества защиты прав потребителей с исками о возмещении ущерба, причиненного ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Обращения в судебные инстанции могут инициироваться и страховыми организациями в процессе становления системы контроля качества медицинских услуг по результатам вневедомственной экспертизы. В России уже предъявлено достаточное количество исков в судебные органы; многие из них уже удовлетворены в интересах пациентов.

В подобных условиях становится очевидным, что медицинские учреждения очень часто нуждаются в юридической защите с точки зрения четкой правовой регламентации. Это выгодно и пациенту, и врачу, постоянно принимающему огромное количество мгновенных, ситуационных решений, например, во время операций, несущему, при этом, огромный груз, ответственности: и моральной, и материальной, и, несомненно, юридической.

Представители других профессий в правовом плане более защищены, нежели врачи. Вряд ли кто может вспомнить об ответственности, скажем, юриста - законодателя за не то что неэффективный, а даже оказавшийся губительным для государства и общества закон.

Особая связь медицины с правом и особая значимость и ценность информации обо всем, так, или иначе относящаяся к медико-правовым вопросам являются взаимоотношения пациента и врача, их права, обязанности, взаимные претензии - специфическая медицинская проблема. О.П.Щепин (1995) с соавторами подчеркивают острейшую необходимость сохранения здоровья нации, что в настоящее время требует скорейшей разработки продуманной и обоснованной ответственной государственной политики в области охраны здоровья, в целях правовой регламентации организационных, структурных, финансовых и экономических принципов функционирования системы здравоохранения на федеральном, региональном и местном уровнях. Россия нуждается в последовательном эволюционном правовом реформировании всей системы здравоохранения с сохранением имеющихся положительных характеристик и выявлением механизмов ее адаптации к

изменившимся правовым и социально-экономическим условиям.

Вопросы для контроля

- 1. В чем, по-вашему, прогрессивность законов Хаммурапи о врачебной деятельности?**
- 2. Какие общие черты имеют законы Древнего мира о врачебной деятельности? Насколько проблемы, затрагиваемые в них актуальны для современности?**
- 3. Какое значение, по-вашему, международные организации здравоохранения могут оказывать на законодательство отдельных стран в области здравоохранения?**
- 4. Каковы основные направления развития медицинского законодательства?**

ГЛАВА 2

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Права и обязанности медицинских работников и граждан при оказании медицинской помощи.

Ответственность медицинских работников.

Жизнь человека и его здоровье – высшие ценности для общества. Право человека на жизнь и здоровье является неотъемлемым конституционным правом и принадлежит каждому гражданину страны от рождения.

Несмотря на значимость правового регулирования вопросов охраны здоровья граждан, до 1990 года законодательство в сфере здравоохранения было ограниченным. В СССР единственными законодательными актами по здравоохранению были «Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении» (1961) и Закон РСФСР «О здравоохранении» (1971г.).

С 1990 года с изменением в России общественной жизни преобразовалось и законодательство по охране здоровья граждан.

Первым законом этого периода стал Закон РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (1991г.). Следующим был разработан Закон «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» (1992г.). Затем был Закон «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (1992г.)

Принятые Верховным Советом РФ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993) стали базовым Законом в здравоохранении, четко определившим правовую регламентацию медицинской деятельности в государственной, муниципальной и частной системах здравоохранения. В «Основах...» впервые на законодательном уровне здоровье населения рассматривалось на общегосударственном уровне. Были определены принципы охраны здоровья граждан, задачи законодательства в области здравоохранения, права граждан при оказании медико-социальной помощи, права и обязанности

медицинских работников, ответственность за причинение вреда здоровью и др.

В соответствии с «Основами...» на федеральном уровне приняты такие базовые законы: «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О лекарственных средствах», «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», «О наркотических средствах и психотропных веществах», «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» и другие.

«Основы...» дали начало развитию законотворческой работы в сфере здравоохранения не только в Российской Федерации, но и в ее субъектах.

По данным доктора медицинских наук профессора Н.Ф.Герасименко в 2000 году в субъектах РФ было принято около 250 законов и других нормативных правовых актов по здравоохранению.

Основные принципы и задачи по охране здоровья граждан

Основные принципы охраны здоровья изложены в статье 2 «Основ», это:

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

Согласно статье 4 «Основ» **задачами законодательства РФ об охране здоровья граждан** являются:

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

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

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

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

Компетенция государства, субъектов РФ и органов местного самоуправления в разработке и осуществлении государственных, региональных и муниципальных программ по охране здоровья. Важной особенностью правового регулирования в сфере здравоохранения является распределение полномочий в области охраны здоровья граждан по уровням – компетенция федерального уровня, компетенция на уровне субъекта РФ и компетенция органов местного самоуправления.

Компетенция государства, субъектов РФ и органов местного самоуправления описана в статьях: 5,6 и 8 «Основ».

На федеральном уровне в области охраны здоровья граждан осуществляется:

- принятие и изменений федеральных законов;
- установление основ государственной политики в области охраны здоровья граждан;
- защита их прав и свобод;
- формирование республиканского бюджета;

- установление структуры федеральных органов управления государственной системой здравоохранения, управления федеральной собственностью;
- организация санитарно-эпидемиологической службы;
- решение вопросов стандартизации качества медицинской помощи и ее контроля;
- утверждение государственных стандартов подготовки медицинских работников;
- порядок лицензирования медицинской и фармацевтической деятельностью;
- утверждение базовой программы ОМС.

На уровне субъектов РФ в области охраны здоровья граждан осуществляется:

- принятие в пределах их компетенции законодательных и иных правовых актов;
- контроль соблюдения федерального законодательства;
- законодательная инициатива в области охраны здоровья граждан;
- защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;
- осуществление государственной политики РФ в области охраны здоровья граждан;
- реализация федеральных программ по развитию здравоохранения;
- разработка и реализация региональных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан;
- предоставление льгот по налогам и сборам и иным платежам в бюджет в установленном порядке для предприятий, учреждений и организаций, деятельность которых направлена на охрану здоровья граждан;
- защита исконной среды обитания и традиционного образа жизни малочисленных этнических общностей;
- охрана окружающей природной среды;
- обеспечение экологической безопасности;

- охрана семьи, материнства, отцовства и детства;
- санитарно-гигиеническое образование населения;
- реализация мер, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях;
- информирование населения об обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и принимаемых мерах;
- лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности;
- другие вопросы охраны здоровья, не относящиеся к компетенции РФ.

На уровне органов местного самоуправления в области охраны здоровья граждан осуществляется:

- контроль соблюдения законодательства в области охраны здоровья граждан;
- защита прав и свобод человека и гражданина в области охраны здоровья;
- формирование органов управления муниципальной системы здравоохранения;
- развитие сети учреждений муниципальной системы здравоохранения;
- определение характера и объема их деятельности;
- создание условий для развития частной системы здравоохранения;
- организация первичной медико-социальной помощи, обеспечение ее доступности;
- контроль соблюдения стандартов качества медицинской помощи;
- обеспечение граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на подведомственной территории;
- охрана окружающей природной среды и обеспечение экологической безопасности;
- ликвидация последствий катастроф и стихийных бедствий;
- создание и обеспечение деятельности учреждений для проведения реабилитации инвалидов и лиц, страдающих психическими расстройствами, организации их обучения, профессиональной переподготовки и трудового устройства;

создание специализированных предприятий, цехов и иных форм организации производства для этих групп населения, а также специальных учреждений для неизлечимо больных людей;

- регулярное информирование населения о распространении социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
- реализация мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, а также санитарно-гигиеническое образование населения.

Общие принципы и организация охраны здоровья граждан в РФ (полномочия органов законодательной и исполнительной власти в деле охраны здоровья; компетенция различных систем здравоохранения; порядок и условия лицензирования, система финансирования и т.д.). Основные направления федеральной политики в области охраны здоровья граждан определяют депутаты Государственной Думы Российской Федерации. Они же принимают и утверждают федеральные программы по вопросам охраны здоровья граждан. Кроме того, Государственной Думой РФ утверждается и бюджет РФ, в том числе в части расходов на здравоохранение, и контролируется его исполнение.

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

При этом **источниками финансирования охраны здоровья граждан** (статья 10 «Основ») являются:

- средства бюджетов всех уровней;
- средства, направляемые на обязательное и добровольное медицинское страхование, в соответствии с Законом РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»;

- средства целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан;
- средства государственных и муниципальных предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов, общественных объединений;
- доходов от ценных бумаг;
- кредиты банков и других кредиторов;
- безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;
- иные источники, не запрещенные законодательством РФ.

К государственной системе здравоохранения (статья 12 «Основ») относятся: Министерство здравоохранения РФ, министерства здравоохранения республик в составе РФ, органы управления здравоохранением автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, Российская академия медицинских наук, Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора РФ (реорганизованный в **Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека**), которые в пределах компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики РФ, выполнению программ в области здравоохранения по развитию медицинской науки.

К государственной системе здравоохранения также относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

В государственную систему здравоохранения входят: лечебно-профилактические учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения,

создаваемые министерствами, ведомствами, государственными предприятиями, учреждениями и организациями РФ помимо Министерства здравоохранения РФ, министерства здравоохранения республик в составе РФ.

К муниципальной системе здравоохранения (статья 13 «Основ») относятся: муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, образовательные учреждения.

Муниципальные органы управления здравоохранением несут ответственность за санитарно-гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико-социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории, осуществляют контроль за качеством оказания медико-социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Финансирование деятельности предприятий, учреждений и организаций муниципальной системы здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

К частной системе здравоохранения (статья 14 «Основ») относятся: лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

В частную систему здравоохранения входят лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, создаваемые и

финансируемые частными предпринимателями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

Порядок и условия лицензирования регламентированы статьей 15 «Основ». Предприятия, учреждения организации государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения могут осуществлять свою деятельность только при наличии лицензии на избранный вид деятельности.

Предприятия, учреждения и организации государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения получают лицензию на основании сертификата соответствия условий их деятельности установленным стандартом. В случаях оказания медицинской помощи по нескольким профилям в лицензии указывается отдельно каждый вид деятельности.

Выдачу указанных лицензий и сертификатов проводят лицензионные комиссии, создаваемые органом государственного управления субъекта Российской Федерации или местной администрацией по поручению соответствующего органа государственного управления субъекта РФ. Лицензионные комиссии несут ответственность за обоснованность принимаемых решений.

При несоответствии условий деятельности предприятий, учреждений и организаций государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения установленным стандартам лицензия и сертификат не выдаются. При этом лицензионные комиссии могут определить допустимые виды деятельности либо установить срок повторного лицензирования.

Лишение лицензий, а также приостановление их действия осуществляется лицензионными комиссиями при несоблюдении предприятиями, учреждениями и организациями требований стандартов качества медицинской помощи. Решение лицензионной комиссии может быть обжаловано в суде должностными лицами предприятий, учреждений и организаций.

Порядок и условия выдачи лицензий предприятиям, учреждениям и организациям государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения устанавливается Правительством РФ.

Основные права граждан и отдельных групп населения в области охраны здоровья

Права граждан РФ на охрану здоровья отражены в Конституции РФ и статье 17 «Основ...».

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

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

Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут установленную законом ответственность.

Гражданам РФ, находящимися за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами РФ.

Право иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев на охрану здоровья регламентировано статьей 18 «Основ».

Иностранным гражданам, находящимся на территории РФ, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами РФ.

Лица без гражданства, постоянно проживающие в РФ, и беженцы пользуются правом на охрану здоровья наравне с гражданами РФ, если иное не предусмотрено международными договорами РФ.

Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам, лицам без гражданства и беженцам определяется министерством здравоохранения РФ и министерствами здравоохранения республик в составе РФ.

Разделом V «Основ» предусмотрены **права отдельных групп населения в области охраны здоровья**, а именно: права семьи, женщин, несовершеннолетних, граждан пожилого возраста и др.

Права семьи прописаны в статье 22 «Основ».

Государство берет на себя заботу об охране здоровья членов семьи.

Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи, наличия социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-гигиенические, другие консультации и обследования в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения с целью предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства.

Семья по договоренности всех ее совместно проживающих членов имеет право на выбор семейного врача, который обеспечивает ей медицинскую помощь по месту жительства. Семьи, имеющие детей (в первую очередь неполные, воспитывающие детей-инвалидов и детей, оставшихся без попечения родителей), имеют право на льготы в области охраны здоровья граждан, установленные законодательством РФ, республик в составе РФ и правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Одному из родителей или иному члену семьи по усмотрению родителей предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в больничном учреждении в течение всего времени его пребывания независимо от возраста ребенка. Лицу, находящемуся вместе с ребенком в больничном учреждении государственной или

муниципальной системы здравоохранения, выдается листок нетрудоспособности.

Пособие при карантине, по уходу за больным ребенком в возрасте до семи лет выплачивается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи за весь период карантина, амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в больничном учреждении, а пособие по уходу за больным ребенком в возрасте старше семи лет выплачивается за период не более 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока.

Права беременных женщин и матерей отражены в статье 23 «Основ».

Государство обеспечивает беременным женщинам право на работу в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья.

Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, а также за счет иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

Женщины во время беременности и в связи с рождением ребенка, а также во время ухода за больными детьми в возрасте до 15 лет имеют право на получение пособия и оплачиваемого отпуска в установленном законом порядке.

Гарантированная продолжительность оплачиваемого отпуска по беременности и родам определяется законодательством РФ. Продолжительность отпуска может быть увеличена в соответствии с законодательными актами республик в составе РФ, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Государство гарантирует беременным женщинам, кормящим матерям, а также детям в возрасте до трех лет полноценное питание, в том числе в случае необходимости

обеспечение их продуктами через специальные пункты питания и магазины по заключению врачей в соответствии с порядком, установленным Правительством РФ, правительствами республик в составе РФ.

В соответствии со статьей 24 «Основ» определены **права несовершеннолетних.**

В интересах охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на:

- диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах в порядке, установленном Министерством здравоохранения РФ, министерствами здравоохранения республик в составе РФ;

- медико-социальную помощь и питание на льготных условиях, устанавливаемых Правительством РФ, за счет средств бюджетов всех уровней;

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

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

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

Несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное информационное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии со статьями 32, 33, 34 «Основ...».

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

Права граждан пожилого возраста изложены в статье 26 «Основ».

Граждане пожилого возраста (достигшие возраста, установленного законодательством РФ для назначения

пенсии по старости) имеют право на медико-социальную помощь на дому, в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения и на лекарственное обеспечение, в том числе на льготных условиях. Медико-социальная помощь гражданам пожилого возраста, включая одиноких граждан пожилого возраста и членов семей, состоящих из одних пенсионеров, направлена на лечение имеющих у них заболеваний и уход, поддержание их активного образа жизни и социальную защиту в случае болезни и неспособности удовлетворять свои основные жизненные потребности.

Граждане пожилого возраста на основании медицинского заключения имеют право на санаторно-курортное лечение и реабилитацию бесплатно или на льготных условиях за счет средств социального страхования, органов социальной защиты населения и за счет средств предприятий, учреждений и организаций при их согласии.

Право граждан на медико-социальную помощь гарантированы статьей 20 «Основ»

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

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системе здравоохранения в соответствии с законодательством РФ, республик в составе РФ и правовыми актами автономной

области. Автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

Граждане имеют право на дополнительные медицинские услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими корригирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяются Правительством РФ.

Работающие граждане в случае болезни имеют право на три дня неоплачиваемого отпуска в течение года, который предоставляется по личному заявлению гражданина без предъявления медицинского документа, удостоверяющего факт заболевания.

Основные права граждан при оказании им медицинской помощи подробно описаны в **раздел VI** - одном из наиболее важных разделов, предусматривающем права граждан при оказании медико-социальной помощи, это:

1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

2) выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

3) обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

4) проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов;

5) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

6) сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях;

7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 «Основ»;

9) получение информации о своих правах и обязанностях, а также состоянии своего здоровья; выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

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

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

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

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

Следует обратить внимание на то, что, несмотря на большой перечень прав, они являются неотъемлемыми, гарантированными законом и обеспечиваются учреждениями государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения, а невыполнение или ненадлежащее выполнение перечисленных выше прав несет за собой привлечение виновных лиц к уголовной, административной, дисциплинарной, моральной и материальной ответственности.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического

учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профилактические медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд.

Планирование семьи и регулирование репродуктивной функции человека.

Разделом VII «Основ» регламентирована медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека.

Раздел предусматривает 3 статьи:

Статья 35. Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона.

Статья 36. Искусственное пребывание беременности.

Статья 37. Искусственная стерилизация.

Необходимо отметить, что перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности и медицинской стерилизации определяется Министерством здравоохранения РФ.

Гарантии государства по осуществлению медико-социальной помощи гражданам.

Государство гарантирует оказание всем ее гражданам:

- первичной медико-санитарной помощи (статья 38 «Основ»), которая является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания;

- скорой медицинской помощи (статья 39 «Основ»), оказываемой гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях);

- специализированной медицинской помощи (статья 40 «Основ»), оказываемой гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий;

- медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (статья 41 «Основ»), перечень которых определяется Правительством РФ и обеспечивается диспансерное наблюдение в

соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях;

- медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (статья 42 «Основ»), перечень которых также определяется Правительством РФ и оказывается бесплатно в предназначенных для этой цели учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Закон РФ «О защите прав потребителей (1992 года в редакции Федерального закона 1996 года).

За нарушение прав потребителей (статья 13 Закона) продавец (изготовитель, исполнитель) несет ответственность, предусмотренную Законом или договором.

Убытки, причиненные потребителю, подлежат возмещению в полной сумме сверх неустойки (пени), установленной Законом или договором.

Продавец (изготовитель, исполнитель) освобождает от ответственности за неисполнение обязательств или за ненадлежащее исполнение обязательств, если докажет, что неисполнение произошло вследствие непреодолимой силы.

При удовлетворении судом требований потребителя, установленные Законом, суд вправе вынести решение о взыскании с продавца (изготовителя, исполнителя), нарушившего права потребителя, в федеральный бюджет штрафа в размере цены иска за несоблюдение добровольного порядка удовлетворения требований потребителя.

Медицинским работникам, занимающимся частной медицинской практикой важно знать, что за вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу потребителя вследствие конструктивных, производственных, рецептурных или иных недостатков (работы, услуги) согласно статье 14 Закона предусмотрено возмещение в полном объеме.

Право требовать возмещения вреда, причиненного вследствие недостатков товара (работы, услуги), признается за любым потерпевшим независимо от того, состоял он в договорных отношениях с продавцом (исполнителем) или нет.

Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу потребителя, подлежит возмещению, если вред причинен в течение установленного срока службы или срока годности товара (работы).

Изготовитель (исполнитель) несет ответственность за вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу потребителя в связи с использованием материалов, оборудования, инструментов и иных средств, необходимых для производства товаров (выполнения работ, оказания услуг), независимо от того, позволял уровень научных и технических знаний выявить их особые свойства или нет.

Небезызвестное понятие – **компенсация морального вреда** принадлежит данному Закону (статья 15). Моральный вред, причиненный потребителю вследствие нарушения изготовителем (исполнителем, продавцом) или организацией, выполняющей функции изготовителя (продавца) на основании договора с ним, прав потребителя, предусмотренных Законом и правовыми актами РФ, регулирующими отношения в области защиты прав потребителей, подлежат компенсации причинителем причиненного вреда при наличии его вины. Размер компенсации морального вреда определяется судом.

Компенсация морального вреда осуществляется независимо от возмещения имущественного вреда и понесенных потребителем убытков.

Законом (статья 17) защита прав потребителей осуществляется судом. Иски предъявляются в суд по месту жительства истца, или по месту нахождения ответчика, или по месту причинения вреда.

Важно знать, что потребитель вправе (статья 32 Закона) расторгнуть договор о выполнении работы (оказании услуги) в любое время, уплатив исполнителю часть цены пропорционально части выполненной работы (оказанной услуги) до получения извещения о расторжении указанного договора. Потребитель обязан также возместить исполнителю убытки, причиненные расторжением договора о выполнении работы (оказании услуги), в пределах разницы между частью цены, выплаченной за выполненную до получения извещения

о расторжении указанного договора работу (оказанную услугу), и ценой всей выполняемой работы (оказываемой услуги).

Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников регламентированы разделом X «Основ».

Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ (статья 54 «Основ») имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а на занятие определенными видами деятельности, перечень которым устанавливается Министерством здравоохранения РФ, - также сертификат специалиста и лицензию.

Работники со средним медицинским или фармацевтическим образованием, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к практической медицинской или фармацевтической деятельности после подтверждения своей квалификации в соответствующем учреждении государственной или муниципальной системы здравоохранения либо на основании проверочного испытания, проводимого комиссиями профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

Лица, получившие медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, допускаются к медицинской или фармацевтической деятельности после экзамена в соответствующих учебных заведениях РФ в порядке, установленном Правительством РФ, а также после получения лицензии на занятие определенными Министерством здравоохранения РФ видами деятельности, если иное не предусмотрено международными договорами РФ.

Лица, незаконно занимающиеся медицинской и фармацевтической деятельностью, несут уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

Медицинские работники имеют **право на занятие частной медицинской практикой** (статья 56 «Основ»).

Частная медицинская практика – это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной или муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в соответствии с заключенными договорами.

Право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на избранный вид деятельности.

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

Социальная и правовая защита медицинских и фармацевтических работников гарантирована статьей 63 «Основ».

Медицинские и фармацевтические работники имеют право на:

- обеспечение условий на деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;
- работу по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом;
- защиту своей профессиональной чести и достоинства;
- получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки;
- переподготовку за счет средств бюджетов всех уровней при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также в случаях высвобождения работников в связи с сокращением численности или штата, ликвидации предприятий, учреждений и организаций;
- страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей;

- беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих предприятиям, учреждениям, организациям или гражданам, а также любого имеющегося вида транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение в случаях, угрожающих его жизни;

- первоочередное получение жилых помещений, установку телефона, предоставление их детям мест в детских дошкольных и санаторно-курортных учреждениях, приобретение на льготных условиях автотранспорта, используемого для выполнения профессиональных обязанностей при разъездном характере работы, и иные льготы, предусмотренные законодательством РФ, республик в составе РФ, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

Врачи, провизоры, работники со средним медицинским и фармацевтическим образованием государственной и муниципальной систем здравоохранения, работающие в сельской местности и поселках городского типа, а также проживающие с ними члены их семей имеют право на бесплатное предоставление квартир с отоплением и освещением в соответствии с действующим законодательством.

Порядок переподготовки, совершенствования профессиональных знаний медицинским и фармацевтическими работниками, получения ими квалификационных категорий определяется в соответствии с «Основами» Министерством здравоохранения РФ, министерствами здравоохранения республик в составе РФ совместно с профессиональными медицинскими и фармацевтическими ассоциациями.

Медицинская экспертиза

Раздел IX «Основ» - Медицинская экспертиза – комиссионное медицинское освидетельствование граждан. «Основы» предусматривают разделение медицинской экспертизы на несколько ее видов, в зависимости от целей проведения.

Виды медицинской экспертизы:

- экспертиза временной нетрудоспособности;
- медико-социальная экспертиза;
- военно-врачебная экспертиза;
- судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза;
- независимая медицинская экспертиза.

Экспертиза временной нетрудоспособности граждан (статья 49 «Основ») в связи с болезнью, увечьем, беременностью, родами, уходом за больным членом семьи, протезированием, санаторно-курортным лечением и в иных случаях проводится в порядке, установленном законодательством РФ,

Экспертиза временной нетрудоспособности производится лечащими врачами государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, которые единолично выдают гражданам листки нетрудоспособности сроком до 30 дней, а на больший срок листки нетрудоспособности выдаются врачебной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения.

При экспертизе временной нетрудоспособности определяются необходимость и сроки временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, а также принимается решение о направлении гражданина в установленном порядке на медико-социальную экспертную комиссию, в том числе при наличии у этого гражданина признаков инвалидности.

При оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе с целью соблюдения врачебной тайны вносятся с согласия пациента, а в случае его несогласия указывается только причина нетрудоспособности (заболевания, травма или иная причина). В отдельных случаях по решению местных органов управления здравоохранения экспертиза временной нетрудоспособности граждан в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения может быть поручена работнику со средним медицинским образованием.

Медико-социальная экспертиза (статья 50 «Основ») устанавливает причину и группу инвалидности, степень трудоспособности граждан, определяет виды, объем и сроки проведения их реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан. Медико-социальная экспертиза производится учреждениями медико-социальной экспертизы системы социальной защиты населения.

Рекомендации медико-социальной экспертизы по трудовому устройству граждан являются обязательными для администрации предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности.

Порядок организации и производства медико-социальной экспертизы устанавливается законодательством РФ.

Военно-врачебная экспертиза (статья 51 «Основ») определяет годность по состоянию здоровья к военной службе граждан, подлежащих призыву на военную службу, поступающих на военную службу по контракту, пребывающих в запасе (резерве) Вооруженных Сил РФ, федеральных органов государственной безопасности и Пограничных войск РФ, и военнослужащих, устанавливает у военнослужащих (граждан, призванных на военные сборы) и уволенных с военной службы причинную связь заболеваний, ранений, травм с военной службой (происхождением военных сборов), определяет виды, объем, сроки осуществления медико-социальной помощи военнослужащим и их реабилитации.

Порядок организации и проведения военно-врачебной экспертизы, а также требования к состоянию здоровья граждан, подлежащих призыву на военную службу, поступающих на военную службу по контракту, и военнослужащих, устанавливается Правительством РФ.

Заключения военно-врачебной экспертизы являются обязательными для исполнения должностными лицами на территории РФ.

Судебно-медицинская экспертиза (статья 52 «Основ») производится в медицинских учреждениях

государственной или муниципальной системы здравоохранения экспертом бюро судебно-медицинской экспертизы, а при его отсутствии – врачом, привлеченным для производства экспертизы, на основании постановления лица, производящего дознание, следователя, прокурора или определения суда.

Судебно-психиатрическая экспертиза (статья 52 «Основ») производится в предназначенных для этой цели учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Гражданин и его законный представитель имеет право ходатайствовать перед органом, назначившим судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, о включении в состав экспертной комиссии дополнительно специалиста соответствующего профиля с его согласия.

Порядок организации и производства судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз устанавливается законодательством РФ.

Независимая медицинская экспертиза (статья 53 «Основ»). При несогласии граждан с заключением медицинской экспертизы по их заключению производится независимая медицинская экспертиза соответствующего вида. Экспертиза признается независимой, если производящие ее эксперт либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производящих медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.

Положение о независимой медицинской экспертизе утверждается Правительством РФ.

В конфликтных случаях окончательное решение по заключению медицинской экспертизы выносится судом.

Контрольные вопросы

- 1. В чем различия учреждений здравоохранения различной подчиненности?**

2. Имеют ли право иностранные граждане на бесплатную медицинскую помощь в Российской Федерации? От чего это зависит?
3. Введение каких дополнительных прав семьи, женщин, детей Вы бы предложили для улучшения демографической ситуации в стране?
4. Какие категории граждан пользуются особыми правами на оказание медицинской помощи в Российской Федерации? Как Вы считаете, не нужно ли расширить или сузить эти категории? Ответ поясните.
5. В чем сходства и различия разных видов медицинской экспертизы?
6. Может ли, по-вашему, санитарно-эпидемиологический контроль лечебных учреждений осуществляться исключительно самими учреждениями? Обоснуйте ответ.
7. Какие факторы являются определяющими для поддержания санитарно-эпидемиологического благополучия страны на должном уровне? Какие дополнительные меры Вы бы предприняли для улучшения санитарно-эпидемиологического благополучия Вашего населенного пункта (региона)?

ГЛАВА

Основные принципы и система организации санитарно-эпидемиологической защиты населения в Российской Федерации

Гарантии государства по охране здоровья граждан, в частности по проведению мер санитарно-гигиенического и противозаразительного характера в целях обеспечения приоритета профилактических мер в области охраны здоровья, закреплены законами Российской Федерации. Основным закон – Конституция РФ 1993г. гарантирует право граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

В «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан» гарантии государства реализованы в разделе 3 - «Организация охраны здоровья граждан». Законом предусмотрено обеспечить санитарно-эпидемиологическое благополучие населения системой государственного санитарно-эпидемиологического надзора, а также комплексом других организационных, правовых и экономических мер в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации. Более детальное правовое регулирование первичной профилактики заболеваний и экологической безопасности, нашло свое отражение в Федеральном законе №52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» 1999г. (далее Закон).

В этом Законе регламентированы вопросы реализации конституционных прав граждан Российской Федерации на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду. Законом определены права и обязанности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в области обеспечения санитарно - эпидемиологического благополучия населения, санитарно-эпидемиологические требования обеспечения безопасности среды обитания для здоровья человека, санитарные правила проведения санитарно - эпидемиологических мероприятий, вопросы контроля и надзора в сфере обеспечения санитарно-

эпидемиологического благополучия населения, права и обязанности должностных лиц, осуществляющих государственный надзор.

Начало 21 века характеризуется все более возрастающим воздействием человека на окружающую среду, от которой на 20% зависит здоровье человека. Антропологическое воздействие приводит к ее изменениям в худшую сторону, экологическим катастрофам с необратимыми последствиями, что остро ставит проблему необходимости усиления правовой защиты экологической безопасности населения РФ. Основной Закон РФ предусматривает не только право граждан на благоприятную окружающую среду, но и обязывает их охранять ее, бережно относиться к природным богатствам, которые являются основой жизни и деятельности народов, проживающих на территории России. В рамках обеспечения экологической безопасности был издан ряд природоохранительных Федеральных Законов:

- «Об особо охраняемых природных территориях» 1995г.;
- «О радиационной безопасности населения» 1996г.;
- «Об экологической экспертизе» (с изм. и доп. 1998г.);
- «Об охране окружающей среды» 2001г.

В Законе «Об охране окружающей среды» заложены основные принципы экологической безопасности, объекты охраны окружающей среды (списки всемирного культурного наследия и всемирного природного наследия), требования к осуществлению хозяйственной деятельности, порядок установления зон экологического бедствия и чрезвычайных ситуаций, приведены требования к природным объектам, находящимся под особой охраной. Данный законодательный акт регламентирует проведение государственного мониторинга окружающей среды, обязательность преподавания основ экологических знаний в общеобразовательных учреждениях, права, обязанности и ответственность граждан и предприятий за нарушение Закона; узаконил экологическую экспертизу, в качестве важного способа предупреждения экологических катастроф.

Выше перечисленные законы направлены на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения нашей страны, которое является одним из основных факторов охраны общественного здоровья. Что же такое санитарно -эпидемиологическое благополучие населения и как его трактовать?

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения – это состояние общественного здоровья и среды обитания людей в условиях отсутствия вредного воздействия факторов окружающей среды на организм человека и обеспечения благоприятных условий для его жизни и деятельности.

Для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения существуют государственные, региональные и муниципальные программы по охране здоровья населения и профилактики заболеваний, по оздоровлению среды обитания человека и условий его жизнедеятельности, реализацией которых занимаются органы исполнительной власти. Но как во всяком правовом государстве, право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье, закреплено в ст. 19. «Основ законодательства...», где сказано, что «граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом районе проживания, рациональных нормах питания, о продукции, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам, о других факторах. Эта информация предоставляется местной администрацией через средства массовой информации или непосредственно гражданам по их запросам в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

До 2005 года обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения РФ, -предупреждение, выявление или ликвидация опасного и вредного влияния среды обитания человека на здоровье, -возлагалось на Государственную санитарно-

эпидемиологическую службу Российской Федерации. Но, в результате проведения реформирования Федеральных министерств и ведомств, указом Президента Российской Федерации от 9 марта 2004года №314 образована Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (далее Роспотребнадзор), которой были переданы функции в сфере надзора на потребительском рынке Министерства экономического развития и торговли РФ, а в сфере защиты прав потребителей, упраздненного Министерства РФ по антимонопольной политике и поддержке предпринимательства.

Постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004г. №322 утверждено Положение о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в соответствии с которым служба является уполномоченным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере санитарно - эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и потребительского рынка, и находится в ведении Министерства здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации. Этим же указом Президента было регламентировано образование Федерального Центра гигиены и эпидемиологии..

На Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека были возложены задачи:

1.Проведение надзора и контроля за исполнением обязательных требований законодательства РФ в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защиты прав потребителей и в области потребительского рынка, в том числе:

- государственный санитарно - эпидемиологический надзор за соблюдением санитарного законодательства;
- государственный контроль за соблюдением законов и иных нормативных правовых актов РФ, регулирующих отношения в области защиты прав потребителей;

- контроль соблюдения правил продажи отдельных, предусмотренных законодательством, видов товаров, выполненных работ, оказания услуг;

- санитарно-карантинный контроль, в пунктах пропуска через государственную границу РФ.

2. Выдача лицензий на осуществление работ, связанных с использованием возбудителей инфекционных заболеваний и деятельности в области использования источников ионизирующего облучения.

3. Проведение регистрации отдельных видов продукции, представляющих потенциальную опасность для человека, в том числе пищевых продуктов, впервые ввозимых на территорию РФ; лиц пострадавших и подвергшихся облучению в результате чернобыльской, других радиационных катастроф и инцидентов;

4. Выявление причин и условий возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений);

5. Регулярная информация Федеральных органов власти, органов государственной власти субъектов РФ, местного самоуправления и населения о санитарно-эпидемиологической обстановке и о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

6. Подготовка предложений о введении и об отмене ограничительных мероприятий (карантине) на территории Российской Федерации, субъектов Федерации;

7. Организация ведения социально-гигиенического мониторинга;

8. Организация деятельности системы государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ;

9. Организация проверки деятельности юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан по выполнению требований санитарного законодательства, законодательства РФ в области защиты прав потребителей, правил продажи отдельных видов товаров;

10. Организация взаимодействия с органами власти иностранных и международных организаций.

Возглавляет службу Роспотребнадзора – главный санитарный врач Российской Федерации. Если на Роспотребнадзор возложены функции надзора, то исполнителем является «Федеральный Центр гигиены и эпидемиологии», который вместе со своими подразделениями на местах осуществляет следующие задачи и функции:

- участие в реализации государственной политики в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и первичной профилактики заболеваний;

- организация осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора на Федеральном уровне и в субъектах Российской Федерации;

- информационное, научно-методическое и нормативное обеспечение по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения, государственного санитарно-эпидемиологического надзора деятельности службы;

- развитие и совершенствование лабораторного дела, стандартизация и метрология в системе учреждений службы;

- обеспечение и проведение санитарно-эпидемиологических мероприятий при чрезвычайных ситуациях;

- ведение базы данных социально-гигиенического мониторинга;

- участие в разработке и реализации государственных, региональных и местных целевых программ по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия и первичной профилактики заболеваний;

- проведение санитарно-эпидемиологической экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания; токсикологические, гигиенические и другие виды оценок;

- статистические наблюдения в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на всех уровнях власти, учет инфекционных заболеваний, профессиональных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) в связи с вредным воздействием факторов среды обитания в целях

формирования государственных информационных ресурсов.

Обе Федеральные службы, - Роспотребнадзор и Центр гигиены и эпидемиологии, выполняя в тесном взаимодействии задачу обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения РФ, имеют свои подразделения и филиалы. На уровне субъектов Федерации – территориальные управления, на муниципальном уровне – территориальные отделы. Практика показала, что созданная в России в соответствии с законодательством национальная защита прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения РФ действенна, способна обеспечить и эффективно представлять законные интересы граждан Российской Федерации, тем самым и обеспечивая гарантии государства по охране здоровья граждан.

ГЛАВА 3

Права, обязанности и ответственность лечебных учреждений, медицинских работников и граждан при оказании медицинской помощи

Ответственность медицинских работников за причинение вреда здоровью граждан предусмотрена разделом XII «Основ».

В случае нарушения прав граждан в области охраны здоровья вследствие недобросовестного выполнения медицинскими и фармацевтическими работниками своих профессиональных обязанностей, повлекшего причинение вреда здоровью граждан или их смерть, ущерб возмещается в соответствии с частью первой статьи 66 «Основ».

Возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством РФ, республик в составе РФ.

Ответственность медицинских работников учреждений, пациентов.

В силу специфики специальности профессиональная деятельность медицинских работников направлена на пациентов. Наиболее часто встречающиеся нарушения в процессе оказания лечебной помощи, связанные с нарушениями прав пациентов, можно представить в следующем виде:

- необоснованный отказ от оказания медицинской помощи (отказ от госпитализации в стационар, отказ в оказании амбулаторной помощи, отказ от перевода из одного учреждения в другое, неоказание медицинской помощи в экстренных случаях, в частности, связанных в дорожно-транспортной, производственной, бытовой травмой);

- оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

- причинение вреда жизни и здоровья пациента при оказании медицинской помощи;
- предоставление недостаточной или неверной информации о заболевании;
- разглашение врачебной тайны;
- необоснованное взимание или требование платы за лечение;
- профессиональные и должностные злоупотребления со стороны медицинских работников;

Различают **должностные преступления** медицинских работников и **профессиональные правонарушения**, четкую грань между которыми, при рассмотрении дел в суде, трудно провести с точки зрения закона. В ходе профессиональной специфики, под действие закона не попадает несоблюдение медицинскими работниками принципов медицинской этики и деонтологии (грубость, невнимательность, бездушие - отсутствие сопереживания).

В законодательстве еще нет четко определения понятий врачебная ошибка, несчастный случай, поэтому при рассмотрении экспертами дефектов оказания медицинской помощи с последующим таким заключением, данные вердикты не имеют под собой правовой основы.

Чаще всего при рассмотрении должностных правонарушений медицинских работников их проступки рассматривается как неисполнение или ненадлежащее исполнение лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного к ним отношения, если это привлекло существенное нарушение прав и законных интересов граждан или организаций, либо охраняемых законом интересов общества и государства (ст. 293 УК РФ).

Законодательство РФ определяет **следующие виды ответственности медицинских работников** за неисполнение или ненадлежащее исполнение профессиональных обязательств:

- *моральная;*
- *дисциплинарная;*
- *материальная;*
- *гражданско-правовая;*

- *административная;*
- *уголовная.*

Следует более детально остановиться на каждом виде ответственности, причинах их возникновения и порядке наложения наказаний и регламентированных нормативно-правовыми актами Российского государства.

Моральная ответственность – это такой вид ответственности, который наступает при нарушении медицинскими работниками моральных и нравственных норм и основанных на них принципов и правил поведения в ходе выполнения гражданского и профессионального долга.

Другими словами моральная ответственность поступает при нарушении медицинскими работниками принципов этики деонтологии. Рассмотрим эти понятия более детально.

Медицинская этика - это совокупность норм поведения и морали медицинских работников.

Медицинская деонтология (deon – должное, bogos – учение греч.) это выполнение этических норм медработниками в ходе исполнения своих профессиональных обязанностей.

Отличие между этими понятиями заключается в том, что медицинская этика - это расширенное понятие, охватывающее широкий круг вопросов и не несет специфики определенных видов врачебной деятельности (терапевтов, хирургов и др.)

Медицинская деонтология является составной частью медицинской этики и имеет специфику (деонтология педиатра, невропатолога, гинеколога и др.).

В последнее время при внедрении новых медицинских технологий на основе научных разработок в изучении структуры геном человека, клеточной биологии, фармакологии, компьютерного синтеза фармакологических препаратов, в развитии новых репродуктивных технологий, реаниматологии, трансплантологии, геронтологии и др., медицинские работники иногда вынуждены принимать решения, которые входят в противоречие с нормами традиционной медицинской этики. Прежде всего, возникает опасность непредсказуемости последствий применения

новых технологий в ходе их применения и внедрения в практику. Эти возникающие противоречия попадают в раздел новой науки, возникшей в конце XX века и носящей название биоэтика, что означает соединение биологических знаний и человеческих ценностей. Биоэтика выходит за рамки медицинской этики и изучает моральные, философские, теологические, правовые и социальные проблемы, возникающие по мере развития биологии и медицины. Она изучает такие вопросы, как:

- взаимоотношения врача и пациента, права пациента и модели врачевания;
- ошибки и отражения в деятельности медицинских работников;
- этика биомедицинских экспериментов на человеке и животных;
- эвтаназии;
- морально-этические проблемы аборта;
- этико-правовые проблемы новых репродуктивных технологий (клонирование);
- моральные проблемы трансплантации органов и тканей;
- этические проблемы оказания психиатрической помощи;
- морально-этические проблемы при оказании помощи больным СПИДом;
- проблемы социальной справедливости в современном здравоохранении.

Правовой основой оценки профессионально-нравственных качеств медицинских работников являются такие общеизвестные международные документы, как «Всеобщая декларация прав человека» 1948г., «Декларация прав ребенка» 1959г и основанная на ней и Конвенции ООН о правах ребенка» 1989 г., «Женевская декларация» 1949г., «Международный кодекс медицинской этики» 1949 г., который подробно излагает нормы профессиональной медицинской морали; «Конвенция о правах и достоинствах человека в связи с применением достижений биологии и медицины» 1996г.,

В нашей стране после проведения экспертизы авторитетных международных здравоохранительных и правозащитных организаций, был принят ряд законодательных и нормативно-правовых актов, важнейшими из которых является «Основы законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» 1993г., регламентирующий деятельность медицинских работников с учетом гарантий основных прав граждан в области здравоохранения.

Все вышеназванные документы являются правовой основой при рассмотрении нарушений медицинскими работниками норм, повлекших за собой наступления моральной ответственности.

Но на практике, в связи с отсутствием единого Закона, регулирующего вопросы морали, эти нарушения рассматриваются корпоративно в медицинских коллективах, на уровне медицинских ассоциаций, и расцениваются как меры общественного воздействия. Для профессионалов, к которым применяется подобная мера воздействия, оценка коллег, с моральной точки зрения, является наиболее значимой. В случае отсутствия реакции со стороны нарушителя на оценку его профессионально-нравственных качеств корпоративными сообществами наступают другие виды ответственности, определяемые Законодательством РФ.

Дисциплинарная ответственность – это такой вид ответственности, который наступает при совершении работниками дисциплинарного проступка по основаниям, предусмотренным Трудовым Кодексом РФ. Под понятием дисциплинарный проступок трудовое законодательство понимает неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей. Трудовым Кодексом РФ (ФЗ № 197 от 30.12.2001 г. с изменениями 2002 и 2004г) установлены государственные гарантии трудовых прав и свобод граждан, создание благоприятных условий труда, защита прав и интересов работников и работодателей,

За совершение дисциплинарного проступка работодатель имеет право применить к работнику следующие виды дисциплинарных взысканий (ст. 192 ТК РФ);

- замечание;
- выговор;
- увольнение по соответствующим основаниям.

При этом являются безнадежно устаревшими (а, следовательно, незаконными) такие формулировки дисциплинарных взысканий, как «строгий выговор», «выговор с предупреждением», «поставить на вид», а также перевод на нижеоплачиваемую работу в виде наказания.

Согласно установленного порядка применения дисциплинарных взысканий (ст.193 ТК РФ) до применения дисциплинарного взыскания работодатель должен затребовать объяснение в письменной форме. В случае отказа работника дать указанное объяснение составляется соответствующий акт, что означает - отказ работника дать объяснение в письменном виде не является препятствием для наложения дисциплинарного взысканий. Трудовым кодексом определено, что дисциплинарные взыскания могут быть применены не позднее одного месяца со дня обнаружения проступка, не считая времени болезни работника, пребывания его в отпуске, а также времени, необходимого для учета мнения представительного органа работников и не позднее 6 месяцев со дня совершения проступка.

За каждый дисциплинарный проступок может быть вынесено только одно дисциплинарное взыскание, которое объявляется в приказе по учреждению и доводится до сведения работника под расписку. В случае отказа работника подписать указанный приказ, составляется соответствующий акт. В свою очередь работник имеет право обжаловать наложенное взыскание в государственных инспекциях труда, в комиссии по трудовым спорам и в суде.

Законом предусмотрено (ст. 194 ТК РФ), что если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то он считается не имеющим дисциплинарного взыскания. В то же время закон дает право работодателю в срок до 1 года со дня наложения дисциплинарного взыскания, снять его с работника, как по собственной инициативе, так и по просьбе самого работника.

Административная ответственность – это вид ответственности, который наступает при нарушении установленного государственного или общественного порядка, посягательстве на собственность, права и свободы граждан, существующий порядок управления и т.д.

Данный вид ответственности регулируется государством в таком Законе, как Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях. Этот Закон разработан на основе Конституции РФ и общепризнанных принципов и норм международного права и международных договоров РФ.

Данным Кодексом государством регламентированы такие вопросы, как защита личности, охрана прав и свобод человека и гражданина, охрана здоровья граждан, санитарно-эпидемиологического благополучия населения, защита общественной нравственности, охрана окружающей среды, установленного порядка осуществления государственной власти, общественного порядка и общественной безопасности, собственности и т.д. Поэтому административное правонарушение - противоправное, виновное действие (бездействие) физического или юридического лица, за которое кодексом установлена административная ответственность. Административное правонарушение – влечет за собой административные наказания, которые могут применяться в таком виде, как:

- предупреждение;
- административный штраф;
- возмездие изъятие орудия совершения или предмета административного нарушения;
- конфискация орудия совершения нарушений или предмета;
- лишения специального права, предоставляемого физическому лицу;
- административный арест;
- дисквалификация и др.

Главой 6 Административного Кодекса отражены административные правонарушения, посягающие на

здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие, общественную нравственность. Например:

Статьей 6.1 за сокрытие заражения ВИЧ - инфекцией, венерической болезнью и контактов, создающих опасность заражения предусмотрено наложение административного штрафа в размере от 5 до 10 минимальных размеров оплаты труда (МРОТ);

За незаконное занятие частной практикой - работу без лицензии, налагается административный штраф в размере от 20 до 25 МРОТ, за безлицензионное занятие целительством – 15-25 МРОТ, за занятие проституцией – 15-20 МРОТ.

Незаконное приобретение, хранение, перевозка, изготовление и переработка без цели сбыта наркотических средств, психотропных средств и их аналогов влекут за собой административный штраф в размере 10-15 МРОТ или административный арест на срок до 15 суток.

Законом оговорено, что административный штраф, налагаемый на граждан не может быть менее одной десятой МРОТ, и не может превышать 25 МРОТ; на должностных лиц 50 МРОТ, на юридических лиц 1000 МРОТ.

Дела об административных правонарушениях рассматриваются в пределах установленной компетенции судьями, комиссиями по делам несовершеннолетних, федеральными органами исполнительной власти и их учреждениями, структурными подразделениями; территориальными органами; административными комиссиями.

В медицинских учреждениях данный вид ответственности несут, как правило, должностные лица при совершении проступков в форме предупреждения, административного штрафа, исправительных работ, назначенных судом.

Материальная ответственность – это вид ответственности, которая наступает за ущерб, одной из сторон трудового договора, причиненный его другой стороне этого договора, в результате ее виновного противоправного поведения, если иное не предусмотрено Трудовым Кодексом

РФ (ТК РФ) или иными Федеральными Законами (например, ФЗ «О материальной ответственности военнослужащих»).

Законом оговорено, что трудовым договором или заключенными в письменной форме соглашениями, прилагаемых к нему, материальная ответственность сторон может конкретизироваться.

Работодатель, причинивший ущерб имуществу работника, возмещает этот ущерб в полном объеме, причем размер его исчисляется по рыночным ценам, действующим в данной местности на момент возмещение ущерба.

Статьей 232 ТК РФ определено, что работник обязан возместить работодателю причиненный ему прямой действительный ущерб, причем упущенная выгода взысканию не подлежит.

За причиненный ущерб (ст. 241) работник несет материальную ответственность в пределах своего месячного заработка. Материальная ответственность работника исключается в случаях возникновения ущерба вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нормального хозяйственного риска, крайней необходимости или необходимой обороны либо неисполнения работодателем обязанности по обеспечению надлежащих условий для хранения имущества, вверенного работнику.

Законом определена полная материальная ответственность (ст. 242) которая предполагает обязанность работника возмещать причиненный ущерб в полном объеме. Эта обязанность возлагается на работника в следующих случаях:

- когда в соответствии с Трудовым Кодексом или иными Федеральными Законами на работника возложена материальная ответственность в полном размере за ущерб, причиненный работодателю при исполнении работником трудовых обязанностей;

- недостачи ценностей, вверенных ему на основании специального письменного договора или полученных им по разовому документу;

- умышленного причинения ущерба;

- причинения ущерба в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения);
- причинения ущерба в результате преступных действий работника, установленных приговором суда;
- причинения ущерба в результате административного проступка, если таковой установлен соответствующим государственным органом;
- разглашение сведений, составляющих охраняемую законом тайну (служебную, коммерческую или иную) в случаях, предусмотренных Федеральными Законами;
- причинение ущерба не при исполнении работником трудовых обязанностей.

Законом определен и порядок возмещения ущерба. Взыскание с виновного материального ущерба, не превышающего среднего месячного заработка, производится по распоряжению работодателя, а в случае его превышения и отказе работника добровольно его возместить – в судебном порядке.

Гражданско-правовая ответственность - это такой вид ответственности, которая наступает при нарушении установленных норм гражданского права, неисполнения или ненадлежащего исполнения лицом своих обязанностей с юридическими последствиями, нарушающими субъективные гражданские права другого лица. Она заключается в применении к правонарушителю (должнику) в интересах другого лица (кредитора) либо государства установленных законом или договором мер воздействия.

Гражданское право регулируется Гражданским Кодексом РФ и определяет, что для возникновения обязательств по возмещению вреда (ст. 1064 ГК РФ), необходимы факт причинения вреда, противоправность как действия, так и бездействия, причиненная связь между действием (бездействием) и наступившим противоправным результатом и вина причинителя. Вред может быть причинен личности, имуществу как физического, так и юридического лица.

Закон определил случаи возникновения гражданско-правовой ответственности и без вины, когда причинен вред жизни или здоровью граждан источником повышенной опасности; в результате незаконного осуждения гражданина; незаконного привлечения к уголовной ответственности; распространения сведений, порочащих честь, достоинство и деловую репутацию и др. Согласно гражданскому праву, субъекты наделены определенными правами и обязанностями и рассматриваются как лица, наделенные правоспособностью и дееспособностью.

Закон признает ответственными субъектами правонарушений дееспособных лиц, то есть лиц достигших определенного возраста и обладающих полноценной психикой.

Согласно гражданскому праву при недобросовестном отношении к работе медицинского персонала лечебного учреждения, в котором работает данный специалист, ЛПУ обязано возместить вред, причиненный здоровью пациента. Любое медицинское вмешательство может быть причиной как материального, так и морального вреда, причиненного гражданину неправомерными действиями медицинских работников. В таком случае при наличии вины медицинского учреждения, моральный вред должен быть возмещен, если доказано ненадлежащее выполнение своих служебных обязанностей медицинскими работниками.

Ответственность за вред причиненный здоровью пациента регулируется гражданским кодексом в основе которого лежит принцип полного возмещения убытков (ст. 15 ГК). Согласно закону, потерпевшему компенсируется имущественный вред и моральный ущерб. После возмещения вреда пациенту лечебное учреждение имеет право предъявить регрессивный иск к виновному работнику. В случае причинения пациенту увечья, возмещению подлежит утраченный потерпевшим доход, который он имел или мог иметь, а также дополнительные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, лекарства, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, на

профессиональную переподготовку, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение.

Отпуск медицинских услуг попадает под действие Федерального закона «О защите прав потребителей», который регламентирует такие вопросы, как права и обязанности исполнителя услуг, права потребителя на информацию об исполнителе услуг, ответственность исполнителя за ненадлежащую информацию об услугах и ответственность за нарушение прав потребителей. В частности статьей 7 оговорено, что к услугам предъявляются требования, обеспечивающие безопасность жизни и здоровья потребителя с обязательной их сертификацией.

Статьей 13 определена ответственность исполнителя за нарушение прав потребителей, где сказано, что убытки подлежат возмещению потребителю в полной мере сверх неустойки, причем уплата неустойки не освобождает исполнителя от исполнения возложенных на него обязательств в натуре перед потребителем. Компенсация морального вреда осуществляется независимо от возмещения имущественного вреда и нанесенных потребителю убытков (ст. 15).

Закон определил, что оказание услуги обязано осуществляться в срок, установленный договором о выполнении услуг (ст. 27), а в ст. 32 – право потребителя на расторжение договора о выполнении услуг с уплатой исполнителю за часть выполненной работы. В этом же законе (ст. 17) оговорена судебная защита прав потребителя. В ходе изучения вопросов права, часто встречающееся понятие «моральный вред» нельзя смешивать с понятием «моральная ответственность», которая описана в соответствующем разделе.

Закон определяет понятие «моральный вред», как нравственные и физические страдания, причиненные действиями или бездействием, посягающими на принадлежащие гражданину от рождения или в силу закона, нематериальные блага (жизнь, здоровье, достоинство личности, деловая репутация, неприкосновенность частной

жизни, личная и семейная тайны и т.п.) или нарушающими его личные неимущественные права (право на пользование своим мнением, право авторства и другие), либо имущественные. К понятию «моральный вред» можно отнести нравственные переживания в связи с утратой родственников, невозможность продолжать активную общественную жизнь, потерю работы, раскрытие семейной, врачебной тайны, распространение несоответствующих действительности сведений, порочащих честь, достоинство и деловую репутацию гражданина, физическую боль после увечья, временное ограничение или лишение каких-либо прав, физической болью вследствие увечья, иного повреждения здоровья либо заболевания, перенесенного в результате нравственных страданий.

Степень нравственных и физических страданий оценивается судом в каждом случае индивидуально, но обязательным условием ответственности за причинение нормального вреда является вина причинителя. Размер денежной компенсации определяется судом независимо от подлежащего возмещению имущественного вреда, но в пределах разумности и справедливости. К правовым актам, регламентирующим вопросы возмещения морального труда, относятся Законы РФ «О средствах массовой информации» 1991 г., «Об охране окружающей среды», 1991г., «О защите прав потребителей» 1992 г., Гражданский кодекс РФ.

Уголовная ответственность – вид ответственности, которая наступает при совершении медицинскими работниками виновного общественно-опасного деяния, запрещаемого Уголовным Кодексом РФ под угрозой наказания. Под общественно опасным деянием Закон понимает деяние, которое принимает ущерб или создает опасность его причинения охраняемым уголовным кодексом интересам. К последствиям преступлений против жизни и здоровья применяется термин вред, к материальным последствиям - ущерб.

Уголовная ответственность за совершение преступления наступает при наличии признаков, определяющих общественно опасное деяние, предусмотренных Уголовным

Кодексом и характеризуемое как преступление. Чтобы определить совершенное опасное деяние, как преступление, необходим состав преступления, который состоит из следующих элементов:

- объективная сторона (деяние, вред здоровью и т.д., причинено следственная связь между ними, место, время совершения преступления);
- субъективная сторона (вина в виде умысла - прямого или косвенного или по неосторожности – в форме легкомыслия и небрежности);
- субъект (физически вменяемое лицо, достигшее возраста уголовной ответственности).

При отсутствии хотя бы одного элемента состава преступления – нет преступления.

Законодатель выделил те преступления, где субъектом преступления может быть медицинский работник. В практике уголовные дела, связанные с совершениями преступлений медицинскими работниками в ходе осуществления своей профессиональной деятельности рассматриваются по следующей классификации, в основу которой заложен характер и степень общественной опасности:

1. Преступления небольшой тяжести:
 - нарушение неприкосновенности частной жизни (ст. 137);
 - отказ в предоставлении гражданину информации (ст. 140);
 - обман потребителя (ст.200);
 - служебный подлог (ст.292).
2. Преступления средней тяжести:
 - причинение смерти по неосторожности (ст.109);
 - причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности (ст. 118);
 - заражение ВИЧ- инфекцией (ст.122);
 - незаконное производство аборта (ст.123);
 - неоказание помощи больному (ст.124);
 - подмена ребенка (ст. 153);
 - незаконная частная медицинская и фармацевтическая деятельность (ст.235);

- халатность (ст.293).
- 3. Тяжкие преступления:
 - незаконное помещение в психиатрический стационар (ст.128).
- 4. Особо тяжкие преступления:
 - убийство (в том числе эвтаназия) (ст. 105);
 - умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (ст. 111);
 - получение взятки (ст.290).

Уголовным законодательством предусмотрено применение мер государственного принуждения в виде наказания, назначаемого по приговору суда. Целью наказания является восстановление социальной справедливости, а также исправление осужденного и предупреждение новых преступлений. Наказания применяются к медицинским работникам, признанных виновными в совершении преступления, и реализуются в предусмотренных уголовным законом лишения или ограничении прав и свобод.

Уголовным законодательством определены виды наказаний.

1. Штраф – денежное взыскание, налагаемое судом, который назначается в следующих случаях:

- за умышленное причинение легкого вреда здоровью;
- причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности;
- за заражение венерической болезнью;
- за незаконное производство аборта;
- за неоказание помощи больному, если в результате по неосторожности причинен вред здоровью средней тяжести;
- за нарушение неприкосновенности частной жизни;
- за разглашение тайны усыновления (удочерения);
- за незаконное занятие частной медицинской практикой;

- за получение взятки, служебный подлог и халатность.

2. Лишение права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью:

- за получение взятки;

- за принуждение к изъятию органов и тканей человека для трансплантации;

- за сбыт сильнодействующих веществ;

- за нарушение неприкосновенности частной жизни;

- за неоказание помощи больному и за незаконное производство аборта, если это повлекло за собой причинение по неосторожности смерти или тяжкого вреда здоровью;

- за заражение ВИЧ- инфекции;

- за причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью;

- за ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей приведших по неосторожности к смерти больного.

3. Обязательные работы, которые назначаются только в виде основного наказания, то есть осужденный в свободное от основной работы время выполняет общественно полезные работы. Этот вид наказания назначается:

- за причинение по неосторожности тяжкого или средней тяжести вреда здоровью;

- за нарушение неприкосновенности частной жизни.

4. Исправительные работы:

- за неоказание помощи больному;

- за разглашение тайны усыновления (удочерения) и др.;

В практике отбываются по месту работы.

5. Конфискация имущества, назначается только как дополнительный вид наказаний и заключается в принудительном изъятии в собственность государства всего или части имущества, являющегося собственностью осужденного.

6. Ограничение свободы – содержание осужденного в специальном учреждении без изоляции от общества - за незаконное занятие частной медицинской практикой.

7. Арест – содержание осужденного в условиях строгой изоляции от общества:

- за заражение венерической болезнью;
- умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью и др.

8. Лишение свободы на определенный срок - изоляция осужденного от общества путем направления его в колонию, на поселение или путем помещения в исправительную колонию, в тюрьму:

- за убийство;
- за причинение смерти по неосторожности;
- за умышленное причинение тяжкого вреда здоровью;
- за тяжкие и особо тяжкие преступления.

9. Пожизненное лишение свободы устанавливается за совершение особо тяжких преступлений, как альтернатива смертной казни;

10. Смертная казнь - исключительная мера наказания за особо тяжкие преступления, посягающие на жизнь.

В настоящее время в России действует мораторий на применение смертной казни.

Применительно к средним медицинским работникам следует отметить, что ответственность за здоровье и жизнь пациента лежит, прежде всего, на лечащем враче, но нормы уголовного права, устанавливающие ответственность за преступления, совершенные медицинскими работниками при выполнении своих профессиональных обязанностей, в полной мере распространяются и на них.

Контрольные вопросы

1. Существуют ли какие-нибудь условия, определяющие свободный выбор врача любым гражданином?

2. Имеют ли право иностранные лица заниматься медицинской практикой в Российской Федерации? Если да, то при каких условиях?
3. Что означает «незаконное занятие медицинской практикой»?
4. В каких случаях медицинские работники могут бесплатно пользоваться не принадлежащим им транспортом и средствами связи?
5. Какие виды ответственности обычно влечет за собой профессиональная ошибка медицинского работника?
6. Как лично Вы относитесь к моральной стороне проблем эвтаназии и медицинского аборта?
7. Какими факторами определяется величина материальной ответственности работника при компенсации в случае виновности работника в нанесении материального ущерба?

ГЛАВА 4

Основы законодательства в обеспечении социальной защиты населения

Гарантия государства гражданам РФ права на социальную защиту распространяется на все население нашей страны и является главным направлением социальной политики Государства.

Но, в соответствии с законом, право социальной защиты гарантированное государством распространяется на следующие категории населения:

- нетрудоспособные граждане, в том числе пенсионеры по возрасту, инвалиды разных категорий, потерявших кормильца, дети;
- малообеспеченные граждане и семьи (в том числе многодетные и не полные семьи, молодые студенческие семьи);
- лица, попавшие в экстремальные условия (пострадавшие от социальных катаклизмов, катастроф, стихийных бедствий, вынужденные переселенцы, граждане, не имеющие определенного места жительства и занятий), безработные.

Кроме того, это право, в свою очередь предоставляется не всем, а при определенных условиях. Это такие причины, как низкий, меньше среднедушевого регионального уровня, доход; отсутствие средств существования; одиночество, неспособность к самообслуживанию, передвижению и другие причины.

На работающее население, в связи с возможностью изменения материального и (или) социального положения, в том числе по независящим от него причинам, распространяется такой вид социальной защиты, как обязательное социальное страхование. Его правовой основой являются Конституция РФ, трудовой кодекс, Федеральный закон «Об основах обязательного социального страхования» 1999 г., а также ряд законов и нормативно-правовых актов, регулирующих специальные виды страхования, такие, как обязательное пенсионное, обязательное медицинское,

обязательное государственное социальное, обязательное государственное страхование жизни и здоровья военнослужащих, обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и др.

Обязательное социальное страхование - это государственная система правовых, экологических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последствий изменения материального и (или) социального положения работающих граждан, а в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, иных категорий граждан вследствие признания их безработными, вследствие трудового увечья или профессионального заболевания, инвалидности, болезни, травмы, беременности и родов, потери кормилица, а также наступления старости, необходимости получения медицинской помощи, санаторно-курортного лечения и наступления иных установленных законом социальных рисков, подлежащих обязательному социальному страхованию.

Законом оговорены страховые случаи, при которых вступает в силу обязательное социальное страхование, это:

- необходимость получения медицинской помощи;
- временная нетрудоспособность;
- трудовое увечье и профессиональное заболевание;
- материнство;
- инвалидность;
- наступление старости;
- потеря кормилица;
- признание безработным;
- смерть застрахованного лица или нетрудоспособность членов семьи, находящихся на его иждивении.

Каждому виду обязательного социального страхования, соответствуют выплаты по социальному обеспечению. Это:

- оплата медицинскому учреждению расходов на предоставление необходимости медицинской помощи застрахованному лицу;

- пенсия по старости;
- пенсия по инвалидности;
- пенсия по случаю потери кормильца;
- пособие по временной нетрудоспособности;
- пособие в связи с трудовым увечьем и профессиональном заболевании;
- пособие по беременности и родам;
- ежемесячное пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет;
- пособие по безработице;
- единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в решении срока беременности;
- единовременное пособие при рождении ребенка;
- пособие на санаторно-курортное лечение;
- социальное пособие на погребение;
- оплата путевок на санаторно-курортное лечение и оздоровление работников и членов их семей.

Пенсионное обеспечение, в том числе и медицинских работников возложено государством на пенсионный фонд РФ, который является специализированным финансово-кредитным учреждением при Правительстве РФ и управляет средствами государственного пенсионного страхования. Пенсионный фонд РФ имеет свои региональные отделения в субъектах Федерации и свои филиалы на местах. Средства фонда образуются из взносов работодателей (предприятий, учреждений и организаций, не зависимо от форм собственности) страховых взносов граждан, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, добровольных взносов граждан и юридических лиц, других поступлений. Средства ПФ РФ направляются на выплату трудовых пенсий по старости, по инвалидности и по случаю потери кормильца. В правовой основе пенсионного обеспечения граждан РФ

лежат следующие Федеральные законы, действующие с 2002года:

- «Об обязательном пенсионном страховании в РФ», 2001г.;
- «О трудовых пенсиях в РФ», 2001 год;
- «О государственном пенсионном обеспечении», 2001 г.

Закон «О трудовых пенсиях в РФ» ст. 27 (подземные работы, горячие цеха, вредные условия труда и т.д.) регулирует назначение трудовых пенсий по старости, ранее достижения установленного возраста (60 лет - мужчины, 55-лет женщины)

Специальный трудовой стаж, при котором назначается пенсия за выслугу лет, определяется в соответствии с перечнем соответствующих работ (профессий, должностей) утверждаемым Правительством РФ по согласованию с Пенсионным фондом РФ. Правительством РФ регламентированы правила исчисления выслуги и назначения пенсий. В частности с учетом специального трудового стажа, то есть суммарной продолжительности определенной трудовой деятельности (служб), устанавливается пенсия по старости в связи с особыми условиями труда. Пенсия с особыми условиями труда устанавливается при пониженном пенсионном возрасте, например, медицинским работникам, постоянно и непосредственно работающим с радиоактивными веществами на рабочем месте, а также на гамма-терапевтических аппаратах (врачи-рентгенологи, рентгенлаборанты).

Законодательством РФ определены правила назначений пенсий в связи с особыми условиями труда. В этих случаях пенсия устанавливается мужчинам – по достижению 50 лет и женщинам – по достижению – 45 лет, если они трудились соответственно не менее 10 лет и 7 лет 6 месяцев на работах с вредными условиями труда и их общий трудовой стаж составил не менее 20 и 15 лет соответственно. Тем же Законом определено, что гражданам, имеющим не менее половины стажа на работах с вредными условиями труда, пенсия назначается с уменьшением на один год пенсионного

возраста, предусмотренного дня назначения пенсий на общих основаниях (60 и 55 лет), за каждый полный год работы с вредными условиями труда мужчинам – по достижении 55 лет и женщинам по достижении 50 лет., при условии если они трудились на работах с тяжелыми условиями труда не менее 12 лет и 6 месяцев и 10 лет и имеют трудовой стаж, необходимый для назначения пенсии на общих основаниях - 25 и 20 лет соответственно.

В выслугу лет засчитывается работа, выполняемая в течение полного рабочего дня, в определенных законом должностях и учреждениях. Медицинскому персоналу, работавшим как в сельской местности и поселках городского типа, так и в городах, пенсия устанавливается при выслуге не менее 30 лет. При этом один год в сельской местности или поселке городского типа засчитывается за 1 год и 3 месяца.

С 2002 года пенсионное законодательство РФ перешло на накопительную систему. Расчетный размер трудовой пенсии (РП) определяется для имеющих общий трудовой стаж мужчин (не менее 25 лет) и женщин (не менее 20 лет).

В случаях неполной выработки общего трудового стажа (25 лет мужчины и 20 лет женщины), необходимой для назначения трудовой пенсии по старости, для определения размера пенсии в первую очередь определяется расчетный размер трудовой пенсии по старости при полном стаже. Затем определяется размер пенсии при фактическом стаже путем деления полученной величины на число месяцев полного стажа и умножения на число месяцев фактического стажа.

В случаях наступления смерти застрахованного лица до назначения накопительной части пенсии, учтенной на специальном счете, эти средства выплачиваются лицам, указанным в заявлении гражданина о порядке распределения данных средств. При отсутствии такого заявления, выплата производится наследникам по закону (дети, супруги, родители и т.д.).

При отсутствии права на трудовую пенсию (инвалиды с ограничением трудоспособности, дети-инвалиды, граждане, достигшие возраста 65 лет – мужчины и 60 лет – женщины, и

не имеющие права на трудовую пенсию и др.) назначается социальная пенсия согласно Федеральному Закону «О государственном пенсионном обеспечении РФ».

Социальное страхование граждан РФ возложено государством на Фонд социального страхования РФ (ФСС), который представляет собой специальное финансово-кредитное учреждение при Правительстве РФ; и управляет средствами государственного социального страхования. ФСС имеет свои региональные отделения в субъектах Федерации, центральные отраслевые отделения в отдельных отраслях хозяйства и филиалы отделений, как региональных, так и центральных отраслевых, работающих на местах.

Средства фонда образуются из взносов работодателей (предприятий, учреждений и организаций независимо от форм собственности), страховых взносов граждан, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, добровольных взносов граждан и юридических лиц. иных поступлений. Средства ФСС идут на выплату пособий:

- по временной нетрудоспособности;
- по беременности и родам;
- при рождении ребенка;
- по уходу за ребенком до достижения им возраста до 1,5 лет;
- по уходу за ребенком инвалидом (оплата дополнительных выходных дней);
- на оплату путевок на санаторно-курортное лечение работников и их детей;
- на оплату проезда к месту лечения и обратно;
- другие;

Обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний представляет собой отдельный вид социального страхования, выплаты по которому государством возложены на Фонд социального страхования. По следующим видам:

- пособия по временной нетрудоспособности;
- страховые выплаты (единовременные и ежемесячные – в соответствии с установленной

учреждением МСЭ степенью утраты профессиональной трудоспособности);

- оплата дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию - если учреждение МСЭ определило нуждаемость в указанных видах помощи и разработало программу реабилитации пострадавшего (ПРП).

Дополнительные расходы возникают при следующих обстоятельствах, когда требуются:

- посторонний (специальный медицинский и бытовой) уход за пострадавшим, в том числе осуществляемый членами его семьи;

- дополнительная (сверх предусмотренной программой ОМС) медицинская помощь, в том числе дополнительное питание и приобретение лекарств;

- санаторно-курортное лечение, включая оплату отпуска (сверх ежегодно оплачиваемого) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно, а также стоимость проезда, проживания и питания сопровождающего лица;

- протезирование, а также обеспечение приспособлениями, необходимыми застрахованному для трудовой деятельности, в быту и др.;

- обеспечение специальными транспортными средствами (по медицинским показаниям) их текущий и капитальный ремонт и оплата горюче-смазочных материалов;

- профессиональное обучение (или переобучение). Законодательством предусмотрена компенсация морального вреда пострадавшему от несчастного случая на производстве, а при необходимости, создание для него специального рабочего места за счет работодателя.

Выплата пособий по безработице возложено государством на Фонд занятости РФ, а расходы, связанные с оказанием гарантированной государством бесплатной медицинской помощи на Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), работа которого описана в отдельной главе.

Следует остановиться на правах отдельных групп населения в области охраны здоровья, как неотъемлемого условия жизни общества, заложенных в Федеральном законе от 02.03.92 г. № 30-ФЗ «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Социальная защита семьи гарантирована государством в статье 22 «Основ законодательство РФ...», которая отражает права семьи и заботу об охране здоровья ее членов. Этим Законом гарантировано право на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи по медицинским показаниям, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, при возникновении социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Подтверждается право граждан РФ на получение бесплатных консультаций в учреждениях государственной и муниципальной системы здравоохранения на медико-генетические и другие обследования в целях предупреждения возможных наследственных заболеваний у потомства.

Законодательством гарантировано право на льготы в области охраны здоровья семьям имеющих детей, в первую очередь неполным, воспитывающих детей-инвалидов и детей, оставшихся без попечения родителей. В частности определено, что по усмотрению родителей одному из них или иному члену семьи предоставляется право в интересах лечения ребенка находиться вместе с ним в медицинском учреждении в течение всего периода его пребывания, независимо от возраста ребенка с выдачей ему на это время листка нетрудоспособности. Гарантировано право на пособие при карантине по уходу за больным ребенком в возрасте до семи лет, которое выплачивается одному из родителей или иному законному представителю семьи за весь период карантина, амбулаторного лечения или совместного пребывания с ребенком в больничном учреждении, а пособие по уходу за больным ребенком в возрасте старше семи лет выплачивается за период не более 15 дней, если по медицинским показаниям не требуется большего срока. Более

детально вопросы семейного права разработаны в Семейном кодексе и других правовых актах Российского государства.

Социальная защита инвалидов – это гарантия государства по обеспечению инвалидам условий для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможности участия в жизни общества. Согласно статье 27 Основ, инвалиды, в том числе дети-инвалиды с детства, имеют право на медико-социальную помощь, реабилитацию, обеспечение лекарствами, протезами, протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения на льготных условиях, а также на профессиональную переподготовку. Для реализации этого права государством создана строгая система экономических, социальных и правовых мер обеспечивающих социальную защиту инвалидов.

Различают следующие формы социальной защиты инвалидов: материальное и натуральное обеспечение, предоставление им гарантированных льгот и услуг, правовая защита.

Материальное обеспечение представляет собой денежную выплату инвалидам пенсий, пособий, компенсаций и различного рода доплат.

Под натуральным обеспечением понимается бесплатная выдача им предметов первой необходимости, включающую в себя продукты питания, одежду, лекарства, протезы и средства передвижения. Кроме этого им положены вспомогательные технические средства социально-бытового, спортивного, культурного, информационного и производственного назначения.

Социальные услуги и льготы предоставляются инвалидам в виде оказания бесплатной медицинской и протезно-ортопедической помощи: воспитания, обучения, профессиональной подготовки и трудоустройстве, обеспечения их уходом, медико-социальной помощью и социально-бытовым обслуживанием, социально-психологической поддержкой.

Правовая защита представляет собой гарантии государства по защите прав, законных интересов инвалидов. Суть этой защиты заключается в том, что дискриминация инвалидов запрещена и преследуется по закону, а виновные в нарушении прав, свобод и интересов инвалидов несут установленную законом ответственность.

В основе правовой защиты инвалидов лежат различные нормативно-правовые законодательные акты, которые разработаны и приняты в соответствии с международными документами: «Декларация о правах инвалидов» ООН 1975 г., «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов» ООН 1993 г. и др. в соответствии с ними государственная политика строится на следующих принципах:

- ответственность государства за обеспечение прав и гарантий предоставления необходимой помощи и защиты инвалидов;
- комплектность и преемственность мер социальной защиты на всех этапах оказания помощи;
- общедоступность, адресность мер социальной защиты, а так же их конвертируемость, т.е. возможность предоставления денежной компенсации взамен услуги или реабилитационного средства;
- разграничение ответственности на всех уровнях власти (федеральном, региональном, муниципальном) в сфере социальной защиты;
- возможность участия инвалидов в формировании государственной политики через общественные организации (общества инвалидов) или представительство в органах власти.

Следует выделить основные направления социальной защиты, регламентируемые Законом РФ «О социальной защите инвалидов в РФ» 1995 г. № 181. Это медико-социальная экспертиза, реабилитация и обеспечение жизни и деятельности инвалидов.

Медико-социальная экспертиза проводится в учреждениях Государственной службы медико-социальной экспертизы (Федеральное бюро МСЭ) и определяет

потребности освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничения жизнедеятельности, вызываемой стойким расстройством функций организма, в результате анализа и комплексной оценки клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных.

До принятия Закона «О социальной защите инвалидов в РФ» от 25.11.1995 г. № 181 ФЗ в Российском Законодательстве не существовало определения понятия «инвалид», за которым следовали гарантии государства. И только после принятия в России 1994 г. классификации нарушений ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности, принятой ВОЗ в 1989г, Законом было определено, что *инвалидом признается лицо, которое имеет нарушения со стойким расстройством здоровья функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающие необходимость его социальной защиты.*

Под ограничением жизнедеятельности понимают полную или частичную утрату лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль поведения, обучение и трудовую деятельность.

Следующее направление – реабилитация инвалидов представляет собой систему медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызываемых нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Главная цель реабилитации – восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Для каждого инвалида в учреждениях МСЭ разрабатывается **индивидуальная программа реабилитации**, включающая в себя оптимальный комплекс

реабилитационных мероприятий. Индивидуальная программа реабилитации является обязательной для исполнения органами государственной власти различного уровня и учреждениями, организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Немаловажным направлением представляет собой обеспечение жизнедеятельности инвалидов. Это система государственных гарантий, прав и льгот инвалидов в различных сферах жизнедеятельности. Законом регламентировано создание без барьерной среды жизнедеятельности инвалидов, которая включает в себя обеспечение им беспрепятственного доступа к информации, к объектам социальной инфраструктуры (жилым зданиям, производственным, спортивным, культурным учреждениям, транспортным коммуникациям), обеспечение инвалидов жилой площадью и коммунальные льготы; транспортное обслуживание и льготы; материальное обеспечение; медицинское обслуживание и протезно-ортопедическая помощь; обеспечение воспитания, образования, профессиональной подготовки; социально-бытовое обслуживание; обеспечение занятости – трудоустройства в соответствии с показаниями.

Дальнейшее развитие социальной политики государства нашло свое отражение в Федеральном Законе № 122, который гарантирует инвалидам возможность получения льгот в виде социального пакета, либо в виде денежных выплат, «монетизации» установленных законодательством льгот.

Социальная и правовая защита медицинских и фармацевтических работников регламентирована ст. 63 «Основ законодательства РФ...» и заключается в предоставлении им следующих прав на:

- обеспечение условий их деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;
- работы по трудовому договору (контракту), в том числе за рубежом;
- защиту своей профессиональной чести и достоинства;

- получение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем теоретической и практической подготовки;

- совершенствование профессиональных знаний;

- переподготовку за счет средств бюджета всех уровней при невозможности выполнять профессиональные обязанности по состоянию здоровья, а также высвобождения работников в связи с сокращением численности при штате при ликвидации предприятий, учреждений и организаций;

- страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей;

- беспрепятственное и бесплатное использование средств связи, принадлежащих предприятиям учреждениям, организациям или гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение в случаях, угрожающих его жизни;

- первоочередное получение жилых помещений, установку телефона, предоставление их детям мест в детских дошкольных и санаторно-курортных учреждениях, приобретение на льготных условиях автотранспорта, используемого для выполнения профессиональных обязанностей при разъездном характере работы, и иные льготы предусмотренных законодательством Российской Федерации.

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

Контрольные вопросы

1. **Какие категории населения являются основным объектом социальной защиты со стороны государства? Необходимо ли, по-вашему, внести какие-то изменения в этот список?**
2. **Сформулируйте, что общего в различных видах страхования (социальном, медицинском, автостраховании и т.п.)?**
3. **Что, по-вашему, является более важным для развития института социального страхования: уровень развития медицины в стране или средний уровень жизни (уровень благосостояния большинства его граждан)? Ответ поясните.**
4. **Какие виды социального страхования должны влиять на демографическую ситуацию в стране?**
5. **Что входит в систему мер по реабилитации инвалидов в нашей стране? Какие бы дополнительные меры Вы предложили?**
6. **С чем, по-вашему, связано различие в исчислении пенсионного стажа и иных льготах медицинским работникам в городах и в сельской местности?**

ГЛАВА 5

Медицинское страхование в Российской Федерации

Медицинское страхование это покупка гарантии на возмещение ущерба при утрате здоровья у страховщика. Это часть системы социального страхования, которая предполагает гарантируемую государством систему мер защиты граждан от факторов социального риска, к которым относятся: болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, материнство, старость, безработица, смерть родственников, инвалидность.

В широком смысле этого слова под социальным страхованием понимают систему, гарантирующую гражданам право на труд, заработок и справедливое распределение общественного продукта, а также гарантированную законом социальную защиту, возмещение убытков, оказание социальной помощи и услуг. В основу социального страхования заложен эффективный механизм перераспределения материальных благ от благополучной части населения к неблагополучной, который обеспечивает получение определенных социальных гарантий для всех членов общества.

Цель страховой защиты, связанная со здоровьем и трудоспособностью, - получить от страховщика материальную помощь для компенсации затрат на восстановление здоровья и трудоспособности, а также возмещения потерь дохода, связанных с утратой трудоспособности.

Понятие термина «страхование» означает предохранение от чего-либо нежелательного неприятного, защиту, обеспечение безопасности.

Различают три основных вида страхования:

- имущественное страхование;
- страхование ответственности;
- личное страхование.

Страхование может быть обязательным и добровольным, что в полной мере относится к медицинскому страхованию, которое, по сути, есть защита членов общества

при потере здоровья от различных причин и может быть обязательным и добровольным.

Обязательное медицинское страхование

Обязательное медицинское страхование (ОМС) - это составная часть государственной системы социального страхования, обеспечивающая гражданам Российской Федерации равные возможности в получении лечебной и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объемах и на условиях соответствующих программ обязательного медицинского страхования. Это означает, что всем гражданам Российской Федерации независимо от их возраста, социального положения, места жительства, уровня доходов, гарантированы равные возможности получения определенного уровня квалифицированной медицинской помощи при возникновении потребности в ней.

Но, медицинское страхование, являясь частью социального страхования, занимает в этой системе соответствующее место, что требует более детального рассмотрения.

В России социальное страхование рассматривается как гарантированная государством система мер материального обеспечения граждан и членов их семей в старости, в случае болезни, потери трудоспособности, поддержки материнства и детства, а также охраны здоровья членов общества. Финансирование этого комплекса мероприятий осуществляется за счет средств социального страхования, которые формируются за счет отчислений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности, взносов индивидуальных предпринимателей, лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью. Но в отличие от всей системы социального страхования, медицинское страхование финансируется не только за счет отчислений из фонда оплаты труда предпринимателей, но и за счет государства. Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» предопределяет отчисления из бюджетов всех уровней средств на обязательное медицинское страхование неработающего населения. В конечном итоге средства обязательного медицинского страхования формируются из

двух источников: платежей бюджета и взносов работодателей. Размеры всех взносов на социальное страхование регламентируются законом. До 1991 года отчисления из фонда оплаты труда составляли 26%, затем они были повышены до 38,5% (28% в пенсионный фонд, 5,4% в фонд социального страхования, 1,5% в фонд занятости и 3,6% в фонд обязательного медицинского страхования), а с 01.01.05г., при введении единого социального налога, они составили 26,6%. В Фонд обязательного медицинского страхования отчисления уменьшились с 3,6% до 2,8%, причем в территориальные фонды обязательного медицинского страхования отчисления составили 2%, и 0,8% в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. По сравнению со всеми отчислениями из фонда оплаты труда на социальные нужды, доля средств на обязательное медицинское страхование составляет менее 10%, что явно недостаточно, но для экономики здравоохранения России сам факт, включения обязательного медицинского страхования в государственную систему социального страхования сыграл немаловажную роль. Это позволило обеспечить достаточное финансирование медицинской помощи населению нашей страны в конце XX века и предотвратило крах всей системы здравоохранения по причине недостаточного финансирования.

Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование (ДМС) – это получение гарантий более высокого уровня медицинской помощи (сверх установленных программой ОМС) за счет личных средств граждан, либо взносов работодателей, страхующих своих работников из прибыли, на основе различных программ добровольного медицинского страхования. ДМС является важным видом финансово – коммерческой деятельности, которая регулируется Законом РФ «О страховании» от 27.11.92г. и обеспечивает застрахованному лицу получение дополнительных медицинских услуг сверх того минимума, который регламентирован программой государственных гарантий

обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

Добровольное страхование осуществляется на основе договора между страхователем и страховщиком без участия государства. Размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию устанавливается страховыми медицинскими организациями (СМО) самостоятельно и зависит от уровня и качества медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями различного уровня в зависимости от программ добровольного медицинского страхования. В зависимости от стоимости страховки застрахованный, в соответствии с различными программами добровольного медицинского страхования, имеет право получить качественную медицинскую помощь не только в муниципальных, краевых и областных медицинских учреждениях, но и в ведущих клиниках и научно-исследовательских институтах Российской Федерации, а также ближнего и дальнего зарубежья, санаторно-курортное лечение в нашей стране и на мировых курортах.

Правила добровольного страхования устанавливаются страховщиком самостоятельно в соответствии с положениями Закона РФ «О страховании». Конкретные условия страхования определяются при заключении договора страхования и напрямую зависят от тарифов на медицинские услуги, установленных по соглашению между страховой компанией и медицинской организацией. Добровольное страхование может быть индивидуальным и групповым, существует в большинстве экономически развитых стран. Наиболее распространен этот вид страхования в Соединенных Штатах Америки, где развита рыночная экономика и нет гарантий государства в области здравоохранения для основной части населения. Но в США нет и системы обязательного медицинского страхования, как части государственной системы социального страхования.

История медицинского страхования в России

Развитие страховой медицины в России проходило в тот же исторический период, что и в Европе, но имело некоторые

особенности. Следует выделить несколько этапов в становлении медицинского страхования.

Первый этап. 17 – 19 века. Возникновение медицинского страхования как добровольного общественного страхования, обеспечивающего оплату медицинских услуг ремесленникам и членам их семей. Первые страховые кассы ремесленников были общественными организациями, а с развитием общественного производства они трансформировались в страховые больничные кассы наемных рабочих, средства которых формировались из взносов застрахованных по найму и их работодателей на основе взаимных соглашений.

Второй этап. 1882 –1919г. В России медицинское страхование получает развитие на базе фабрично-заводской медицины, где царское правительство пытается через ввод определенных льгот и гарантий для рабочих, снять политическое напряжение, вызванное возникновением рабочего движения. Для охраны здоровья рабочих в это время были приняты следующие законы:

- 1866г. – закон, устанавливающий обязанность фабрикантов обеспечивать рабочих медицинской помощью;
- 1882г. – создание Госстрахнадзора при Министерстве внутренних дел ;
- 1903г. – закон, регламентирующий ответственность предприятий при несчастных случаях;
- 1912г. – 3-ей Государственной Думой принят закон, который впервые ввел страхование на случай болезни. Закон предусматривал создание больничных касс при крупных промышленных предприятиях, но не распространялся на рабочих занятых в строительстве, транспорте, торговле, сельском хозяйстве и не распространялся на Сибирь и Среднюю Азию.

Органом проведения страхования на случай болезни по закону являлась больничная касса, учрежденная на каждом предприятии с числом рабочих не менее 200. Правление больничной кассы, как и общее собрание, состояло из представителей рабочих и представителей от владельца фабрики, причем последний имел в правлении на один голос

меньше, чем представители рабочих. Средства больничных касс состояли из взносов рабочих, которые в полтора раза превышали взносы предпринимателей и составляли в пределах 1-2% заработной платы рабочего и 0,7-1,3% от фонда заработной платы для предпринимателей. Больничные кассы выдавали своим участникам денежные пособия в трех случаях: по болезни или несчастному случаю, связанному с утратой трудоспособности, по случаю родов и на погребение. Амбулаторная помощь и первая помощь при несчастных случаях и внезапных заболеваниях обеспечивалась за счет предпринимателя, а стационарная помощь и родовспоможение – на общем для населения основании. Организация стационарной помощи в обязанности больничных касс не входила.

При Временном правительстве было разработано «Положение об изменении правил об обеспечении рабочих на случай болезни» и в июле 1917г. принят новый закон, регламентирующий медицинское страхование, но в силу объективных причин он так и не был реализован. В октябре 1917 года Народным комиссариатом труда была объявлена страховая программа Советского правительства, на основании которой был издан в течение 2-х месяцев ряд директив, в корне изменивших систему социального страхования: декрет о передаче больничным кассам лечебных учреждений, о страховых присутствиях и страховом совете, о страховании на случай безработицы, о страховании на случай болезни.

Больничные кассы развернули активную деятельность. За короткое время была создана система лечебных учреждений, где застрахованные получали квалифицированную медицинскую помощь, и она была лучше «советской медицины», созданной на основе земской и городской медицины. С точки зрения руководителей Советской медицины это было недопустимо и в феврале 1919г. было принято постановление Совнаркома «О передаче всей лечебной сети бывших больничных касс «Наркомздраву», а в марте 1919г. – «О ликвидации больничных касс».

Третий этап, относительно короткий, приходится на период НЭПа (новой экономической политики Советского государства 1921 – 1923 годы), когда произошел временный возврат к элементам страховой медицины, но уже тогда было сохранено единство Советского здравоохранения при активном участии страховых компаний в организации медицинской помощи застрахованным. По расчетам 1925 года для полного финансирования медицинского обслуживания застрахованных в период НЭПа был необходим взнос, не менее 18-20% от фонда оплаты труда, таким образом, в этот период обязательное медицинское страхование являлось реальным дополнительным источником финансирования здравоохранения при сохранении государственного финансирования, как основного, и использования иных форм оплаты медицинских услуг.

Кризисная ситуация 80х-90х годов, сложившаяся в нашем здравоохранении, и угроза его распада по причине хронического недофинансирования привела к необходимости реанимировать накопленный исторический опыт по работе медицинских учреждений в условиях рынка. 2 апреля 1993 года вступил в силу Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР», в соответствии с которым, начался четвертый период развития медицинского страхования.

Правовые основы медицинского страхования в России

В начале 90х годов XX века, когда стало ясно, что бюджетная модель организации здравоохранения в России себя изжила, изучив международный опыт, в нашей стране остановились на том, что только через введение медицинского страхования можно сохранить существующую систему здравоохранения и обеспечить население квалифицированной медицинской помощью. Но в ходе проведения реформы необходимо было решить следующие вопросы:

1. Как защитить население в области охраны здоровья и обеспечить ему гарантии обеспечения бесплатной, в

соответствии со статьей 41 Конституции РФ 1993г., медицинской помощью?

2. Как получить дополнительный, устойчивый источник финансирования?

3. Как обеспечить независимость, то есть объективный и вневедомственный, контроль качества оказания медицинской помощи?

Найденная модель страховой медицины должна была разрешить эти проблемы, но для создания устойчивой системы медицинского страхования необходимо было создать правовую основу этой модели. На сегодняшний день правовая основа медицинского страхования создана и включает в себя следующие нормативно-правовые акты:

- Конституция (основной закон) Российской Федерации 1993г.;

- Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;

- Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28 июня 1991 года;

- Закон «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 2 апреля 1993 года;

- Закон «О страховании» от 27 ноября 1992 года;

- Постановление Правительства Российской Федерации от 11.09.98г. №1096 «Об утверждении Программы Государственных Гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью».

В Конституции РФ (1993г) в статье 41 закреплено право граждан России на охрану здоровья и медицинскую помощь. «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь: Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам *бесплатно*, за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». В других статьях Конституции (ст.2,19,20,37,38,39,40,42,58, и др.) также отражены вопросы охраны здоровья граждан и организации здравоохранения.

В Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан подтверждены гарантии государства по охране здоровья каждого человека, в соответствии с Конституцией РФ и в статье 2 сформулированы основные принципы охраны здоровья граждан :

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

2.Приоритет профилактических мер в области охраны здоровья;

3.Доступность медико-социальной помощи;

4.Социальная защищенность граждан в случае защиты здоровья;

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

В Законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» 1991г., состоящим из 5 разделов и 28 статей, определена конечная цель введения медицинского страхования, - как сохранение и укрепление здоровья народа; создание экономической ответственности в этом граждан, а также предприятий, учреждений и организаций; гарантирование гражданам квалифицированной медицинской помощи за счет накопленных средств, финансирование профилактических мероприятий. Закон, сохраняя основные принципы здравоохранения – бесплатность получения медицинской помощи в рамках ОМС, всеобщность и доступность, усиливает ответственность государства, предприятий и учреждений, граждан в области охраны здоровья населения.

В 1 разделе закона определена цель, виды медицинского страхования как обязательное и добровольное, субъекты медицинского страхования: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

Во 2 разделе дано понятие объекта медицинского страхования – как страхового риска, оговорены права и

обязанности граждан, страхователя, даны понятия договора о медстраховании и страхового медицинского полиса, обозначены источники финансирования системы здравоохранения.

В 3 разделе регламентирован порядок деятельности и налогообложения страховых медицинских организаций.

В 4 разделе закона определен порядок деятельности медицинских учреждений в системе медицинского страхования; даны определения понятиям *лицензирования* как государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования; *аккредитации* медицинских учреждений, как определения их соответствия установленным стандартам; введены понятия программ обязательного медицинского страхования, договора на предоставление лечебно-профилактической помощи по медицинскому страхованию, тарифов на услуги в системе медицинского страхования.

В 5 разделе оговорено регулирование отношений субъектов медицинского страхования, их ответственность и права.

Права и обязанности субъектов (субъект – носитель прав и обязанностей) медицинского страхования.

Законом определены участники (субъекты) медицинского страхования. Это гражданин, страхователь, страховая медицинская организация (страховщик) и медицинское учреждение. К ним также относятся и фонды обязательного медицинского страхования.

Гражданин – застрахованный. К этой категории относятся граждане РФ, а также лица, зарегистрированные на территории России без гражданства и постоянно проживающие в России иностранные граждане. Они имеют право на:

- обязательное и добровольное медицинское страхование;

- выбор медицинской страховой организации (при ОМС – не свободный);

- выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

- получение медицинской помощи на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства;

- получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса,

- предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение⁵ причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;

- возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

Страхователь – субъект, уплачивающий страховые взносы на обеспечение граждан медицинским страхованием. Для работающего населения в качестве страхователя выступают:

- предприятие;

- организация;

- учреждение;

- лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью;

- лица свободных творческих профессий (скульпторы, художники, писатели и т.д.).

Для неработающего населения – это пенсионеры, инвалиды, дети до 18 лет, учащиеся средних и высших учебных заведений, безработные и стоящие, на учете в службе занятости, страхователем являются органы Госуправления и местные органы исполнительной власти.

Страхователь имеет право на:

- участие во всех видах медицинского страхования (ОМС и ДМС);

- выбор страховой организации (но не при ОМС);

- осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования;

- возврат части страховых взносов при ДМС от СМО в соответствии с условиями договора.

Страхователь обязан:

- заключить договор ОМС со СМО;

- вносит страховые взносы в порядке, установленным законом и договором медицинского страхования;

- в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;

- предоставлять СМО информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию.

Страховщик – это страховая медицинская организация (компания) с любой формой собственности и имеющая лицензию на право заниматься медицинским страхованием. Страховые медицинские организации являются юридическими лицами и не входят в систему здравоохранения.

Страховщик имеет право:

- свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;

- участвовать в аккредитации медицинских учреждений;

- устанавливать размер взносов по ДМС;

- принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;

- предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению на материальное возмещение физического и (или) морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Страховщик обязан:

- осуществлять деятельность по ОМС на некоммерческой основе;

- заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по ОМС;

- заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по ДМС с медицинскими и иными учреждениями;

- с момента заключения договора медицинского страхования выдавать страхователю или застрахованному страховые медицинские полисы;

- осуществлять возвратность части страховых взносов страхователю или застрахованному по ДМС, если это предусмотрено договором;

- контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора;

- защищать интересы застрахованных.

В ходе работы с медицинскими учреждениями СМО в порядке защиты интересов застрахованных, проводит медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества оказания медицинской помощи, отслеживая объемы, сроки и качество оказания медицинских услуг в соответствии с договорами ОМС и ДМС.

Медицинское учреждение – это лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ), научно-исследовательские или медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, любой формы собственности, имеющие лицензию и аккредитацию в установленном порядке.

Медицинские учреждения (ЛПУ) имеют право:

- оказывать медицинские услуги в соответствии с лицензией по обязательному медицинскому страхованию (ОМС);

- проводить собственную хозяйственную политику;

- в соответствии с лицензией без ущерба ОМС реализовывать медицинские услуги по программам ДМС;

- оказывать платные медицинские услуги вне программ ОМС и ДМС;

- разрабатывать с последующим согласованием со СМО тарифы на собственные медицинские услуги по программам ОМС и ДМС;

- заключать договора со СМО, ФОМС по программам ОМС и ДМС на оказание объемов, видов медицинской помощи застрахованным с указанием стоимости медицинских

услуг, порядке расчетов и контроле качества оказания медицинской помощи.

Кроме вышеуказанных субъектов - к субъектам медицинского страхования относятся фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС), которые являются самостоятельными государственными финансово-кредитными учреждениями и реализующие государственную политику в области обязательного медицинского страхования.

Функции ФОМС:

- контроль сбора страховых взносов по ОМС;
- аккумулирование страховых средств, полученных на ОМС;
- обеспечение финансирования государственной системы ОМС с целью сохранения ее стабильности;
- выравнивание финансовых ресурсов ОМС по территориям; контроль расхода средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими учреждениями.

Следует отметить немаловажную деталь, уточняющую то, что финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

Финансирование системы обязательного медицинского страхования в РФ. Финансовые средства системы ОМС формируются за счет поступающих платежей на обязательное медицинское страхование за неработающее население из бюджетов субъектов РФ; и работодателей - за работающее население, в территориальные и федеральный фонды ОМС; причем выплата страховых взносов непосредственно работниками, - в настоящее время исключена. Затем средства ОМС из территориальных фондов через свои филиалы поступают на счета страховых медицинских организаций, имеющих лицензию на проведение ОМС и заключивших соответствующие договоры с территориальными ФОМС. После чего СМО оплачивает выполненные объемы медицинских услуг по ОМС

застрахованным, выполненные медицинскими учреждениями, работающими в системе ОМС.

Программа государственных гарантий обеспечения граждан российской Федерации бесплатной медицинской помощью .

С 1998 года в нашей стране получение населением бесплатной медицинской помощи регламентируется правительством РФ. Ежегодно правительством утверждается программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, которая включает перечень видов медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно, объемы медицинской помощи, подушевой норматив финансирования здравоохранения, обеспечивающий представление гарантированных видов медицинской помощи. На основе программы государственных гарантий органы исполнительной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, которые могут предусматривать предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи за счет собственных средств, сверх программы государственных гарантий.

Программой регламентирован перечень видов медицинской помощи оказываемый бесплатно гражданам РФ. Это:

– скорая медицинская помощь при состояниях угрожающих жизни или здоровью гражданина и или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

– амбулаторно-поликлиническая помощь, включая профилактику (в том числе диспансерное наблюдение), диагностику и лечение заболеваний, как в поликлинике, так и на дому;

– стационарная помощь:

а) при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной

терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;

б) при патологии беременности, родах и абортах;

в) при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих стационарного режима.

При оказании скорой медицинской и стационарной помощи осуществляется бесплатная лекарственная помощь в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, ежегодно утверждаемый МЗ и СРРФ, а с 2005 года, согласно ФЗ №122 и по амбулаторно-поликлинической помощи для льготной категории граждан. Этой же программой утверждается и базовая программа ОМС, согласно которой за счет средств ОМС предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения, независимо от их организационно-правовой формы по утвержденному перечню видов заболеваний. Медицинская помощь в рамках базовой программы предоставляется в соответствии с договорами ОМС на всей территории Российской Федерации.

В качестве примера, можно привести Территориальную программу Краснодарского края на 2005 год, где за счет средств ОМС финансируется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь по 34 основным медицинским специальностям, а за счет средств бюджетов всех уровней, - финансируется скорая медицинская помощь, амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь при социально значимых заболеваниях, таких, как туберкулез, ВИЧ инфекция, заболевания передающиеся половым путем, наркологические и психические заболевания. За счет средств бюджета определено финансирование дорогостоящих видов лечения, бесплатное лекарственное обеспечение, льготные виды протезирования: зубов, органов слуха и зрения.

Кроме того Территориальной программой ежегодно определяются объемы оказания медицинской помощи по видам, фиксируется подушевой норматив и в муниципальные образования субъекта Федерации, после согласования с ним контрольных цифр, спускается муниципальный заказ,

который представляет собой комплексный план по реализации программы государственных гарантий на территории конкретного муниципального образования и содержит в себе объемы медицинской помощи по всем видам и профилям на текущий год.

В целом, несмотря на трудности, работа системы здравоохранения в течение последних десяти лет показала, что введение медицинского страхования обеспечило сохранность системы здравоохранения в условиях работы в рынке медицинских услуг, реформировало отрасль из получающей средства - в зарабатывающую, повысила ответственность медицинских работников за результаты своей работы и обеспечила оказание квалифицированной медицинской помощи населению нашей страны.

Контрольные вопросы

- 1. Какова, по-вашему, главная причина появления системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации?**
- 2. Может ли гражданин Российской Федерации отказаться от участия в системе обязательного медицинского страхования в связи с участием в добровольном медицинском страховании?**
- 3. Дает ли право полис ОМС на бесплатное получение высокотехнологичных дорогостоящих медицинских услуг (трансплантация органов и тканей, кардиохирургические операции и т.п.)?**
- 4. Кем осуществляется контроль качества оказываемой медицинской помощи в системе ОМС?**
- 5. Каков механизм поступления денежных средств страховщикам и лечебным учреждениям в системе ОМС?**
- 6. В чем, по-вашему, преимущества и недостатки систем ОМС и ДМС? Какая из них представляется более удобной и перспективной для лечебных учреждений и пациентов?**

ГЛАВА 6

Система подготовки средних медицинских работников

Статья 43 Конституции Российской Федерации гарантирует права граждан на образование. При этом гражданам гарантируются общедоступность и бесплатность дошкольного, основного общего и среднего профессионального образования в государственных или муниципальных образовательных учреждениях и на предприятиях. Образование должно осуществляться в соответствии с Государственными образовательными стандартами, которые устанавливаются Российской Федерацией, при этом государство поддерживает различные формы образования и самообразования.

Согласно Закону РФ «Об образовании» (1996г.) гражданам гарантируется на конкурсной основе бесплатность среднего профессионального, высшего профессионального и послевузовского профессионального образования в государственных и муниципальных образовательных учреждениях в пределах государственных образовательных стандартов, если подобное обучение гражданин получает впервые.

Среднее профессиональное медицинское образование в Российской Федерации в настоящее время осуществляется средними профессиональными (средними специальными) учебными заведениями – училищами и колледжами. Прием в них осуществляется на базе основного общего (9 классов) и среднего (полного) образования (11 классов). Начальное профессиональное образование (диплом технического училища или лицея) не лишает права получения среднего профессионального образования на бесплатной основе. Зачисление в учебные заведения производится на основании проводимых вступительных испытаний. Часть абитуриентов (дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, инвалиды I-II групп и пр.) пользуются, в соответствии с законом, правом на зачисление вне конкурса. Широко распространена в настоящее время система целевого набора, при которой лечебные и образовательные учреждения заключают договора о направлении абитуриентов в соответствующее учебное заведение. Зачисление абитуриентов, имеющих целевые направления, после проведения вступительных испытаний,

проводится по отдельному конкурсу. После получения диплома выпускник, поступавший по целевому набору, приходит на работу в лечебное учреждение, с которым у него ранее (при поступлении) был заключен договор. Эта система облегчает трудоустройство выпускников, решает кадровые проблемы государственных и муниципальных лечебных учреждений.

Прием в средние специальные медицинские учебные заведения осуществляется по различным специальностям: сестринское дело, лечебное дело, акушерское дело, лабораторное дело, стоматология и т.д. В настоящее время существует два уровня среднего медицинского образования: базовый уровень и повышенный уровень. При получении образования базового уровня обучение длится 2 года 10 месяцев на базе среднего (полного) и 3 года 10 месяцев на базе общего образования. Получение образования повышенного уровня длится на 1 год дольше. При этом выпускники получают дополнительную специализацию (по организации сестринского дела, анестезиологии, косметологии и т.д.). Получение повышенного образования может быть в виде продолжения получения образования базового уровня, либо, спустя некоторое время, после какого-то перерыва. Обучение фельдшеров (специальность «лечебное дело») по новому образовательному стандарту проходит только в виде повышенного уровня образования.

Сравнительно недавно специалисты со средним медицинским образованием получили возможность получения высшего сестринского образования. Оно длится четыре года при очной форме обучения и пять лет при заочной. Специалисты с дипломом высшего сестринского образования имеют право работать главными медицинскими сестрами лечебных учреждений, заместителями главного врача по работе с сестринским персоналом, медицинскими менеджерами, преподавателями медицинских учебных заведений. Однако, справедливости ради, нужно отметить, что данные специалисты в Российской Федерации пока еще недостаточно востребованы.

Последипломное образование средних медицинских работников

В условиях непрерывно возрастающих потребностей в квалифицированной медицинской помощи чрезвычайно актуальным становится продолжение обучения после получения среднего медицинского образования. Это связано, во-первых, с необходимостью получения специальных

знаний и умений при работе в специализированных лечебных учреждениях и подразделениях лечебных учреждений (отделениях, кабинетах) и, во-вторых, с необходимостью повышения квалификации в связи с неуклонным прогрессом медицины и возрастанием требований к качеству медицинской помощи. Регулярное последипломное (или постдипломное) образование соответствует распространенному сейчас термину «непрерывное медицинское образование» (название, конечно, является условным и подразумевает преемственность и регулярность получения медицинских знаний).

Последипломное образование проводится в виде курсов специализации и усовершенствование (или повышения квалификации). Формы обучения при этом могут быть разными – очными, очно-заочными или вечерними, с отрывом и без отрыва от производства. Повышение квалификации обычно организуется работодателем не реже, чем один раз в 5 лет. Условия проведения повышения квалификации записываются в трудовом договоре и коллективном договоре с работодателем. Специализация сотрудников проводится при возникшей производственной необходимости в сотрудниках данной специальности. Кроме этого, существует еще такие формы последипломного образования, как стажировка на рабочем месте и переподготовка. При стажировке на рабочем месте медицинский работник прикрепляется к конкретному специалисту-куратору и обучается, наблюдая за работой специалиста и помогая ему, а также выполняя отдельные элементы осваиваемой работы под контролем куратора. Переподготовка предполагает собой, по-существу, получение специалистом второго образования (примером может служить переобучение медицинской сестры для получения ей квалификации акушерки, фельдшера, фармацевта); длительность такой переподготовки может быть довольно значительной (обычно – 10 месяцев). В некоторых случаях дополнительной образование может осуществляться по индивидуальным планам, когда в учреждении повышения

квалификации в данное время отсутствуют циклы по соответствующей потребности обучающегося тематике.

Последипломное образование сотрудников государственных и муниципальных лечебных учреждений обычно осуществляется за счет средств бюджетов различных уровней (бюджетов медицинских училищ и колледжей). Последипломное образование в виде хозрасчетных курсов, которые проводятся сверх годового учебного плана образовательного учреждения (финансирование их не предусмотрено бюджетом учебного заведения) может осуществляться за счет средств лечебного учреждения, а также личных средств работников, спонсоров и т.п. (в том случае, если оно производится по инициативе самого работника и вид его напрямую не связан с основной работой сотрудника; например, медицинская сестра поликлиники, работающая с участковым терапевтом, принимает решение об открытии частного массажного кабинета).

Последипломное образование средних медицинских работников выполняется силами преподавателей медицинских училищ и колледжей, а также специализированными училищами и колледжами последипломного образования. Курсы повышения квалификации и специализации проводятся в соответствии с годовыми планами учебных заведений; планы формируются на основании заявок лечебных учреждений (их обычно составляют главные медицинские сестры) и личных заявок медицинских работников.

В настоящее время большое распространение получили курсы повышения квалификации, проводимые по очно-заочной (вечерней) форме без отрыва от производства (в этом случае затраты на обучения персонала являются минимальными). При этом проведение таких курсов становится возможным, если количество сотрудников данной специальности является достаточно большим, т.е. есть возможность укомплектовать учебную группу (понятно, что для нескольких работников курсы проводить не будут). Учебное заведение, расположенное вне данного населенного пункта, может проводить так называемые выездные циклы на

базе местного лечебного учреждения (центральной районной больницы, санатория); при этом преподавание может вестись не только сотрудниками учебного заведения, но и временно привлеченными преподавателями-совместителями.

Если сотрудники командированы для прохождения последипломного образования по очной форме с отрывом от производства, то учреждение должно оплачивать командировочные расходы (проезд, проживание, суточные; по месту работы сохраняется средняя заработная плата). Кроме того, при обучении сотрудника на хозрасчетных курсах оплачивается и стоимость обучения.

При зачислении сотрудника на курсы последипломного образования, в первую очередь, учитывается наличие диплома о среднем медицинском образовании, что важно для проведения сертификационного экзамена в конце обучения. До настоящего времени на должностях средних медицинских работников в лечебных учреждениях работают сотрудники, не имеющие таких дипломов (в прошлом окончившие курсы Красного Креста, медицинские курсы при высших и средних специальных учебных заведениях, имеющих незаконченное высшее медицинское образование); в этом случае они принимаются на курсы последипломного образования, но к сертификационному экзамену не допускаются.

Количество учебных часов на курсах повышения квалификации (усовершенствования) обычно составляют 144 на слушателя, а на курсах специализации – 288. В начале занятий нередко проводится тестирование, ставящее собой целью выявить уровень подготовки слушателей. Во время проведения цикла обучение проходит как в виде теоретических (лекционных и семинарских), так и практических занятий. Занятия проводятся как в самом учебном заведении, так и в лечебных учреждениях. В отдельных случаях возможно проведение курсов по индивидуальному плану. В конце обучения проводится экзамен, состоящий, как правило, из тестирования (не менее 100 вопросов по специальности, тесты по инфекционной

безопасности и инфекционному контролю, тесты по медицине катастроф), решения ситуационной задачи.

По результатам экзамена слушателям выдается удостоверение о прохождении курсов повышения квалификации или специализации.

Сертификация специалистов

Сертификат специалиста – это документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалистов государственным образовательным стандартом, выдающийся лицам, имеющим диплом о медицинском образовании и документ о соответствующем медицинском образовании.

Согласно Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан (ст.54) «Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации, имеющие диплом и специальное звание, а на занятие определенными видами деятельности, перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, - также сертификат специалиста и лицензию».

Право на получение сертификата специалиста имеют лица, успешно выдержавшие соответствующие квалификационные экзамены (проверочные испытания). Обычно экзамены проводят после прохождения сертификационных циклов усовершенствования или специализации.

К экзамену допускаются лица со средним медицинским и фармацевтическим образованием, прошедшие курсы общего усовершенствования или специализацию в государственных образовательных учреждениях, а также лица со средним медицинским и фармацевтическим образованием, не работавшие по специальности более 5 лет.

Экзамен принимают специальные сертификационные комиссии, в состав которых могут входить ведущие специалисты медицинских учебных заведений, практического здравоохранения, профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций.

Для прохождения экзамена в аттестационную комиссию представляются следующие документы:

- сертификатный лист;
- заявление;
- копию диплома об окончании медицинского учебного заведения;
- копию свидетельства о прохождении повышения квалификации и специализации;
- копию ранее выданного сертификата;
- выписку из трудовой книжки.

Экзамен включает в себя 3 части: тестовый контроль, определение практических навыков специалиста, заключительное собеседование, на котором определяется профессиональное мышление специалиста, его умение решать профессиональные задачи (диагностические, тактические организационные и т.п.), анализировать имеющуюся информацию и принимать по ней соответствующие решения.

Решение о выдаче сертификата принимается комиссией коллегиально. При получении неудовлетворительной оценки на любом из этапов соискатель лишается права получения сертификата и ему выдается справка (комиссия при этом назначает срок повторной сдачи экзамена).

Сертификат специалиста выдается на срок 5 лет.

Аттестация средних медицинских и фармацевтических работников

Аттестация средних медицинских работников проводится с целью установления или подтверждения их квалификационной категории, от которой зависит величина оплаты труда (разряда Единой тарифной сетки), о чем рассказывается в главе 7.

Существуют три квалификационные категории: вторая, первая и высшая.

Аттестация средних медицинских работников производится в аттестационной комиссии. Аттестационные комиссии создаются при органах управления здравоохранением субъектов Российской Федерации,

учреждениях здравоохранения, образования, научных учреждениях.

За три месяца до окончания срока действия существующей квалификационной категории (если она была) специалист подает в аттестационную комиссию следующие документы:

- заявление;
- подлинник свидетельства о присвоении квалификационной категории;
- аттестационный лист;
- отчет о работе за последний год, утвержденный руководителем ЛПУ с рецензией (рецензию дает специалист, не являющийся непосредственным начальником аттестуемого);
- рекомендацию региональной общественной организации медицинских сестер (при необходимости);
- копию платежного поручения или квитанцию об уплате за аттестацию;
- при необходимости – копии протоколов о сдаче зачетов по:

- а) специальности;
- б) ВИЧ-инфекции (инфекционной безопасности и инфекционному контролю);
- в) медицине катастроф;
- г) основам клинической трансфузиологии (для специалистов, принимающих участие в переливании крови и ее компонентов);
- д) планированию семьи, репродукции и позитивному материнству (для специалистов по акушерскому делу, фельдшеров ФАП, фельдшеров и медсестер школ, средних специальных и высших учебных заведений).

Отчет аттестуемого обычно включает следующие разделы.

1. Сведения об аттестуемом, с указанием фамилии, имени, отчества, года и даты рождения, места работы и должности, сведений об образовании,

последипломном образовании, стаже общем и по данной специальности.

2. Характеристика лечебного учреждения, в которой указывается профиль и мощность отделения, нагрузка на аттестуемого в смену (объем выполняемых работ).

3. Профессиональная характеристика аттестуемого, в которой приводятся приказы по лечебному учреждению, регламентирующие деятельность аттестуемого, перечень манипуляций, которыми он владеет, получение квалификационных категорий.

4. Развитие творческой активности, педагогических навыков (здесь приводятся сведения об участии аттестуемого в сестринских конференциях, заседаниях ассоциации медсестер, работа по наставничеству, план работы, проводимая профилактическая работа, наличие публикаций).

5. Лечебная деятельность за год, здесь приводятся сведения о количестве пролеченных больных, профили их заболеваний, объем выполненных процедур, результаты работы (исходы заболеваний).

6. Новые технологии, используемые в работе (применение новых методов исследования, средств дезинфекции, оснащения и оборудования и т.п.).

При присвоении квалификационной категории аттестационная комиссия руководствуется следующими критериями:

1. очередность присвоения категории (вторая – первая – высшая);

2. стаж работы по специальности (для второй – не менее трех, для первой – не менее пяти, для высшей – не менее 7 лет);

3. стаж работы в данном учреждении не менее 3 лет;

4. выполнение квалификационных требований к специалисту (сведения об этих требованиях к специалистам всех категорий, включающие в себя информацию о необходимом для данной специальности образовании, перечень должностей, которые может занимать данный специалист, его обязанности, права и ответственность содержатся в приказе Министерства здравоохранения РФ №249 от 18.08.1997г.);

Для аттестуемых на первую и высшую категорию учитывается работа по наставничеству, использование в работе новых технологий, участие в научно-практических конференциях и конкурсах, освоение смежных специальностей (одной – на первую, не менее двух – на высшую), наличие публикаций (на высшую категорию).

Контрольные вопросы

1. Имеет ли право ли гражданин Российской Федерации последовательно получить среднее профессиональное и высшее образование (или наоборот) за счет средств бюджета? Может ли он дважды обучаться в средних профессиональных образовательных учреждениях за счет средств бюджета? В начальном и среднем профессиональном учебном заведении?
2. Чем отличаются такие виды последипломного образования, как усовершенствование, специализация, переподготовка?
3. Дает ли право наличие диплома об окончании соответствующего медицинского учебного заведения для работы по специальности?
4. Дает ли право свидетельство о прохождении курсов медицинских сестер Российского общества Красного Креста для допуска к сертификационному экзамену?
5. Чем, по-вашему, отличается экзамен, проводящийся в конце курсов повышения квалификации от сертификационного экзамена?
6. Обязательно ли наличие сертификата для получения допуска к аттестации?
7. Чем отличается аттестационный лист и отчет, представляемый при прохождении аттестации?

ГЛАВА 7

Оплата труда медицинских работников

Вопросы оплаты труда являются одним из самых важных условий, определяющих успешное функционирование как отдельных учреждений и предприятий, так и отрасли в целом. Материальная заинтересованность, материальное стимулирование являются хоть и не единственным, но одним из основных рычагов повышения эффективности и качества труда, а также поддержания престижа профессии. В этом нет ничего аморального, так как с древних времен деньги являются мерилем человеческого труда.

В Российской Федерации в настоящее время имеется достаточно сложная система оплаты труда медицинских работников, включающая в себя значительное количество различных доплат и надбавок (в первую очередь, речь идет о муниципальных и государственных, так называемых «бюджетных», учреждениях). Тем не менее, иметь элементарные представления об основных принципах формирования заработной платы необходимо каждому работнику для того, чтобы понимать каковыми же истинные размеры его заработной платы должны быть в текущем месяце, не допустила ли ошибку бухгалтерия при ее начислении и т.п. («спасение утопающих дело рук самих утопающих»).

Оплата труда регламентируются нормативными документами (постановлениями, приказами) правительства Российской Федерации, министерства здравоохранения, министерства труда и т.п. При приеме на работу между работником и работодателем заключается трудовой договор, одним из пунктов которого является размер заработной платы работника; однако доплаты и надбавки обычно устанавливаются на один календарный год или могут носить разовый характер.

Основой исчисления заработной платы в настоящее время (здесь и далее речь идет о «бюджетных» учреждениях) является **Единая тарифная сетка – ЕТС** (это не означает,

что государство в любое время не может избрать другие варианты исчисления заработной платы; в частности, в 2006г. планируется значительное повышение заработной платы медицинским работникам). Основным принципом ЕТС является присвоение работникам различных категорий соответствующего разряда, согласно которому и рассчитывается величина заработной платы конкретного человека (всего разрядов 18). Методикой расчета является умножение величины заработной платы 1 разряда на соответствующий каждому разряду межразрядный коэффициент (подчеркнем, что каждый разряд имеет свой коэффициент, который не прямо пропорционален номеру разряда, т.е. заработная плата 18 разряда не в 18 раз выше 1-го). Например, заработная плата работника 1 разряда составляет 800 рублей, величина межразрядного коэффициента для 8 разряда 2,02, таким образом, заработная плата составит:

$$800\text{руб.} \times 2,02 = 1616\text{руб.}$$

Размеры межразрядных коэффициентов указаны в

таблице.

От чего же зависит **величина разряда**? Во-первых, от **должности**, которую занимает данный работник. Должность может относиться к **категории руководителей** (это главные врачи медицинских учреждений, заведующий аптечным учреждением, директор больницы сестринского ухода или хосписа, заведующий молочной кухней, главная медицинская сестра), к **категории специалистов**, которые подразделяются на специалистов с высшим образованием (врачи, провизоры) и специалистов со средним образованием (медсестра, фельдшер, акушерка, зубной врач и зубной техник, фармацевт, медицинский статистик, фельдшер-лаборант, помощник санитарного врача и эпидемиолога и т.п.).

Перечень специальностей и должностей среднего медицинского персонала приведен в **таблице.**

Величина разряда руководителя зависит от категории, к которой относится данное лечебное учреждение (чем больница или поликлиника крупнее, чем больше в них количество коек или посещений, тем выше категория данного

лечебного учреждения; например больница с числом коек более 1210 относится к первой категории, а с их количеством от 810 до 1200 – ко второй и т.д.). Работники с сестринским образованием могут, как видно из **таблицы**, занимать

Таблица

Величина межразрядных коэффициентов ЕТС

Разряд	Коэффициент
1	1,0
2	1,11
3	1,23
4	1,36
5	1,51
6	1,67
7	1,84
8	2,02
9	2,22
10	2,44
11	2,68
12	2,89
13	3,12
14	3,36
15	3,62
16	3,9
17	4,2
18	4,5

должности руководителей, такие, как главная медсестра, директор больницы сестринского ухода и т.п. Для лиц с **высшим сестринским образованием** введена должность заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом, при этом заработная плата заместителя устанавливается в размере 80-90% зарплаты главного врача. **Старшие медсестры отделений** больниц (и подобные им

категории работников – старшая акушерка, старший фельдшер и т.п.) могут иметь разряды различной величины, что зависит от количества работников (медсестер, акушерок и пр.), находящихся в их подчинении, а именно: если подчиненных 6 и менее – зарплата увеличивается на 1 разряд, а, если подчиненных 7 и более, то на 2 разряда.

Другим критерием, который определяет величину разряда данного работника, является его **квалификационная категория**. Квалификационных категорий три: вторая первая и высшая. Каждая категория дает право на повышение разрядов, соответственно: вторая - на один, первая на два, высшая – на три. Обычно получают или подтверждают категорию один раз в пять лет, решение о присвоении или подтверждении категории принимается аттестационной комиссией, которая рассматривает отчет о работе за последний год (у средних медицинских работников), представляемый соискателем категории. Перерасчет заработной платы сотруднику осуществляется с момента выхода приказа о присвоении категории.

При получении (подтверждении) категории учитывается прохождение курсов повышения квалификации, которое осуществляется не реже, чем 1 раз в пять лет (во время прохождения курсов повышения квалификации за сотрудником сохраняется **средняя заработная плата**). Обычно категории присваиваются сотруднику поэтапно – сначала вторая, затем первая, затем - высшая. Оплата категории при этом производится только в том случае, если она получена по той же специальности, например, если фельдшер имеет категорию по скорой и неотложной помощи, то при его работе в школьном медпункте наличие категории не принимается во внимание. Исключение составляют только руководители и их заместители – им учитывается наличие категории по любой медицинской специальности.

Третьим критерием, определяющим величину разряда, является подразделение (отделение) лечебного учреждения, в котором работает данный сотрудник. Так, например, медсестра, работающая в поликлинике, имеет 6-7 разряд, а палатная медсестра терапевтического отделения стационара -

8 (в данном примере подразумевается, что квалификационные категории обе сестры не имеют).

Вышеперечисленные критерии и определяют диапазон разрядов у работников различных должностей (у медсестер от 6 до 11, у фельдшеров и акушерок от 8 до 11, у зубных техников и лаборантов от 6 до 10 и т.д.).

Доплаты и надбавки

Работодатель (в медицинских учреждениях, обычно, это главный врач) имеет право устанавливать доплаты и надбавки так называемого стимулирующего характера. Предполагается, что установление надбавки или доплаты является поощрением, призванным улучшить качество выполняемой работы, а лишение этих надбавок рассматривается как наказание за должностные проступки (официальными видами наказания в Трудовом кодексе являются замечание, выговор и увольнение). Величина доплат и надбавок может определяться разными критериями, но главный из них – предел фонда заработной платы данного учреждения. Как уже указывалось выше, доплаты и надбавки обычно устанавливаются на год, но могут носить и разовый характер.

Доплаты за совмещение должностей, расширение зоны обслуживания, увеличение объема работ. Доплаты за совмещение должностей, расширение зоны обслуживания, увеличение объема работ производятся, как правило, при временном отсутствии работника (из-за отпуска, болезни). Дополнительная работа при этом выполняется в основное рабочее время, при этом работодатель должен получить согласие работника на выполнение дополнительной работы. Величина доплаты при этом устанавливается работодателем (обычно – в размере зарплаты временно отсутствующего сотрудника, но необязательно). Например, в отделении в смену работает 3 медсестры. На время отпуска одной из них, при условии выполнения объема работ в том же объеме, что и для трех сестер, главный врач может установить доплату двум оставшимся в 50% каждой, но доплата может быть 30% и т.д.

**Должности и специальности среднего
медицинского персонала**

1.	Наименование специальностей	Наименование должностей
2.	Организация сестринского дела	Директор больницы (дома) сестринского ухода, хосписа; заведующая молочной кухней, отнесенной к группе по оплате труда руководителей; главная медицинская сестра; старшая медицинская сестра амбулаторно-поликлинического учреждения, действующего на правах отделений в составе лечебно-профилактического учреждения.
3.	Лечебное дело	Старший фельдшер, фельдшер, заведующий фельдшерско-акушерским пунктом, фельдшер; заведующий здравпунктом фельдшер; заведующий медпунктом - фельдшер
4.	Акушерское дело	Старшая акушерка, акушерка; заведующий фельдшерско-акушерским пунктом - акушерка.
5.	Стоматология	Зубной врач
6.	Стоматология ортопедическая	Заведующий производством учреждений (отделов, отделений, лабораторий) зубопротезирования, старший зубной техник, зубной техник.
7.	Эпидемиология (паразитология)	Помощник врача-эпидемиолога (паразитолога).
8.	Гигиена и санитария	Помощник санитарного врача
9.	Дезинфекционное дело	Инструктор-дезинфектор
10.	Гигиеническое воспитание	Инструктор по гигиеническому воспитанию
11.	Энтомология	Помощник энтомолога
12.	Лабораторная диагностика	Медицинский технолог, медицинский лабораторный техник, фельдшер-лаборант, лаборант
13.	Гистология	Медицинский технолог, медицинский лабораторный техник, фельдшер-лаборант, лаборант

14.	Лабораторное дело	Медицинский технолог, медицинский лабораторный техник, фельдшер-лаборант, лаборант
15.	Фармация	Заведующий аптечным учреждением, старший фармацевт, фармацевт
16.	Сестринское дело	Старшая медицинская сестра, медицинская сестра, в т.ч. палатная, процедурной, перевязочной; заведующий фельдшерско-акушерским пунктом - медицинская сестра, заведующий здравпунктом - медицинская сестра, заведующий медпунктом - медицинская сестра
17.	Сестринское дело в педиатрии	Старшая медицинская сестра, медицинская сестра
18.	Операционное дело	Старшая операционная медицинская сестра, операционная медицинская сестра
19.	Анестезиология и реаниматология	Старшая медицинская сестра, медицинская сестра-анестезист
20.	Общая практика	Медицинская сестра врача общей практики
21.	Рентгенология	Рентгенлаборант
22.	Функциональная диагностика	Старшая медицинская сестра, медицинская сестра
23.	Физиотерапия	Старшая медицинская сестра, медицинская сестра по физиотерапии
24.	Медицинский массаж	Медицинская сестра по массажу
25.	Лечебная физкультура	Инструктор по лечебной физкультуре
26.	Диетология	Заведующая молочной кухней, медицинская сестра диетическая
27.	Медицинская статистика	Медицинский статистик

Совместительство. Работа по совместительству может производиться как в учреждении, являющемся основным местом работы, так и в другом учреждении; как по такой же должности, так и по другой (нельзя только совмещать две руководящие должности). При этом объем работы по совместительству не может превышать 0,5 ставки (младшему медицинскому и фармацевтическому персоналу

разрешается совместительство до 1 ставки). Необходимо подчеркнуть, что работа по совместительству выполняется за пределами основного рабочего времени, чем и отличается от совмещения, когда дополнительная работа выполняется в основное рабочее время.

Надбавка за непрерывный [медицинский] стаж. Медицинским работникам, проработавшим три года в учреждениях здравоохранения, устанавливается надбавка к основному окладу в размере 20%, а свыше 5 лет – в размере 30%. Некоторые категории работников могут иметь более высокие надбавки: сотрудники «скорой помощи» - до 80%, персонал сельских медицинских учреждений (врачи и средний медицинский персонал участковых больниц, амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов) и т.д.

Право на надбавку за непрерывный стаж распространяется и на работу по совместительству (если, конечно, речь идет о совместительстве в лечебном учреждении). На дополнительную работу в виде совмещения должностей, расширения зоны обслуживания и т.п. это не распространяется.

Право на надбавку за непрерывный стаж распространяется также и на медицинских работников учреждений иных ведомственных подчинений (учреждения социальной защиты, армии, МВД и т.п.). Правда, если медицинский работник является сотрудником не учреждения здравоохранения, а учреждения образования (например, медсестра детского сада), то надбавка за непрерывный стаж ему не положена (медицинские работники общеобразовательных школ являются, как правило, сотрудниками детских поликлиник).

Если медицинский работник, имеющий медицинский стаж, обучается в среднем или высшем учебном заведении, ему засчитывается непрерывный стаж, если он работает во время учебы, даже, при наличии перерывов в работе (независимо от их продолжительности). Если до поступления в медицинское учебное заведение у работника имелся непрерывный медицинский стаж, то после окончания учебы

он продолжается, так как учеба в медицинском учебном заведении не приводит к перерыву в стаже.

Доплата за работу в ночное время. Лечебные учреждения, работающие в непрерывном цикле (стационары) нуждаются в круглосуточной работе медицинского персонала. Оплата дежурному персоналу в ночное время (этим временем считается период с 22.00 до 6.00) производится в размерах их должностного оклада, к которому устанавливается доплата. При этом доплата медицинскому персоналу, оказывающему экстренную, скорую и неотложную помощь, устанавливается в размере 100% от тарифной ставки, а остальным работникам - в размере 50%. При этом необходимо помнить, что к работе в ночное время запрещено привлекать беременных женщин, инвалидов, а также работников, не достигших возраста 18 лет.

Компенсация за работу в выходные дни. В том случае, если сотрудник привлекается к работе в его выходной день (субботу и воскресенье при пятидневной рабочей неделе, воскресенье при шестидневной рабочей неделе), то его рабочие часы оплачиваются в двойном размере при условии, что в будние дни он отработывает не менее месячной нормы рабочего времени (1 ставки). Привлекать к работе в выходные дни сотрудников можно только с их письменного согласия (привлечение беременных женщин и сотрудников, не достигших восемнадцатилетнего возраста, запрещено). Если сотрудник работает по графику (дежурит) то, если дежурство по графику выпадает на субботу и воскресенье, это не считается работой в выходные дни (выходные дни этого работника приходятся на другие дни недели).

По желанию сотрудника, работавшего в выходной день, ему может быть предоставлен другой день отдыха.

Компенсация за работу в праздничные дни. В том случае, если сотрудник привлекается к работе в праздничный день (дежурство в медицинских стационарах, на «скорой помощи» и т.п.), его рабочие часы оплачиваются в двойном размере. Привлекать к работе в выходные дни сотрудников можно только с их согласия (привлечение беременных

женщин и сотрудников, не достигших восемнадцатилетнего возраста, запрещено).

По желанию сотрудника, работавшего в выходной день, ему может быть предоставлен другой день отдыха.

Повышение окладов в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда. Увеличение заработной платы сотрудников с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда (так называемая «надбавка за вредность») устанавливается в соответствии с перечнем учреждений, подразделений и должностей работников. В каждом конкретном учреждении перечень должностей с «вредными» условиями труда утверждается руководителем учреждения по согласованию с профсоюзным органом. Повышение окладов для различных категорий сотрудников может быть на 60, 40, 30, 25 и 15 процентов. Так, например, сотрудники хирургических отделений, операционных блоков, отделений анестезиологии и реаниматологии, инфекционных больниц и отделений получают надбавку в размере 15%, сотрудники отделений гнойной хирургии – 25% и т.д. При этом надбавки «за вредность» не суммируются (например, перевязочная медсестра гнойного хирургического отделения получает надбавку в размере 25%, а не $15+25=40\%$).

Надбавки стимулирующего характера (надбавка «за сложный и напряженный труд»). Руководитель учреждения может устанавливать надбавки в качестве стимула к повышению качества работы, о чем уже упоминалось выше, надбавки за применение в работе достижений науки и передовых методов труда, высокие достижения в работе, выполнение особо важных или срочных работ (на срок их проведения), а также напряженность в труде. При этом размеры надбавок не ограничиваются ничем, кроме размеров фонда заработной платы данного учреждения, т.е., финансовыми возможностями руководителя (нужно пояснить, что назначение таких надбавок, является результатом его личного решения, если в данном учреждении не разработан локальный документ, регламентирующий принципы установления таких надбавок).

Доплата за «дежурство на дому». В маленьких населенных пунктах, где имеются небольшие лечебные учреждения с ограниченным количеством медицинского персонала, могут быть установлены «дежурства на дому» для врачей и средних медицинских работников. При этом дежурство осуществляется согласно графику в пределах месячной нормы рабочих часов, но в отдельных случаях, при возникновении необходимости и с согласия работника, они могут быть и за пределами месячной нормы рабочего времени и совместительства. Оплата «дежурств на дому» осуществляется из расчета получаса за каждый час дежурства, при этом сохраняется надбавка «за вредность», а доплата за работу в ночное время производится только за фактически потраченное на оказание медицинской помощи время (с учетом переезда). Например, если фельдшер ФАПа дежурит «на дому» с 16.00 до 8.00, то при его вызове с 17.00 до 19.00 он получит заработную плату в размере стоимости 1 часа в соответствии с его разрядом Единой тарифной сетки, а при вызове с 1.00 до 3.00 – в размере 2 часов.

Оплата труда сельских специалистов. Величина заработной платы медицинских работников сельских лечебных учреждений повышаются на 25% по сравнению со специалистами, работающими в городских условиях.

Компенсационные выплаты матерям, находящимся в отпуске по уходу за ребенком. Выплаты матерям, находящимся в отпуске по уходу за ребенком до 1,5 – летнего возраста и в дополнительном неоплачиваемом отпуске до возраста ребенка 3 года производятся в размере 50% минимальной заработной платы ежемесячно. При этом выплаты могут осуществляться не только матери, но и другим лицам, фактически ухаживающим за ребенком (отцу, бабушке, усыновителю и др.). Медицинский стаж после выхода из отпуска не считается прерванным.

Оплата труда медицинских работников в условиях обязательного медицинского страхования (ОМС)

В настоящее время большинство лечебных учреждений финансируется через средство структур обязательного медицинского страхования – фондов и

страховых компаний. При этом величина денег, поступающих лечебным учреждениям прямо пропорционально зависит от количества проведенных больными в стационаре койко-дней и количества посещений больных в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Стоимость (тариф) одного койко-дня и одного посещения является величиной расчетной, в которую включаются затраты, главным образом, на заработную плату медицинскому персоналу, на питание больных и лекарственные препараты в стационарах.

Таким образом получается, что фонд заработной платы лечебного учреждения зависит от количества посещений больными поликлиники и проведенных в больнице дней. В этом заключается определенное противоречие с принципами оплаты труда, которые описывались выше. С одной стороны, при недостаточном количестве посещений и койко-дней может возникнуть недостаток средств для гарантированных выплат в соответствии с разрядами ЕТС, обязательными доплатами и надбавками. С другой стороны, при зарабатывании дополнительных средств в случае большого количества посещений и койко-дней возникает вопрос о необходимости введения принципов распределения этих средств, а в настоящее время нормативных документов (таких, как приказы, инструктивные письма Министерства здравоохранения и т.п.), регламентирующих это распределение, нет. Тем не менее, лечебные учреждения разрабатывают собственные методики разделения дополнительного заработка, в которых пытаются учитывать как показатели качества работы отдельных медицинских работников, так и предусматривать штрафные санкции в случае некачественного исполнения сотрудниками своих должностных обязанностей и дисциплинарные нарушения.

Необходимо подчеркнуть, что **вопросы заработной платы должны оговариваться в трудовом договоре**, заключаемом работодателем и работником при приеме на работу.

Резюмируя все вышесказанное, еще раз перечислим основные принципы формирования заработной платы медицинского работника.

1. Основная величина заработной платы определяется величиной разряда единой тарифной сетки для данной категории работников.

2. Дополнительный заработок сотрудника при временном отсутствии кого-либо из работников может осуществляться в виде доплаты за совмещение должностей, расширение зоны обслуживания, увеличение объема работ (без увеличения рабочего времени).

3. При наличии вакансии сотрудник может работать по совместительству не более чем на 0,5 ставки (при этом он отработывает дополнительные рабочие часы в соответствующем размере).

4. За работу в ночные часы, рабочие и праздничные дни устанавливаются дополнительные надбавки. Медицинским работникам устанавливаются дополнительные надбавки за непрерывную работу в учреждениях здравоохранения.

5. В случае работы в тяжелых и опасных условиях величина заработной платы увеличивается.

6. В сельской местности величина заработной платы по сравнению с городскими условиями больше на 25%. Руководитель учреждения может устанавливать надбавки стимулирующего характера (за «сложный и напряженный труд»).

Контрольные вопросы

- 1. Может ли заработная плата специалиста быть выше заработной платы руководителя?**
- 2. Может ли квалификационная категория не учитываться при исчислении заработной платы?**
- 3. Всегда ли заработная плата медицинской сестры меньше заработной платы фельдшера? От чего это зависит?**
- 4. Может ли совместительство при производственной необходимости (отсутствии работника) быть более 0,5 ставки? Если нет, то каким образом оплачивается выполняемая за отсутствующего сотрудника дополнительная работа?**

5. **Обязательно ли оплачивать «дежурство на дому», если за время дежурства не было обращений за медицинской помощью?**
6. **Производится ли доплата за непрерывный медицинский стаж медицинским работникам образовательных учреждений? Медицинским работникам учреждений социальной защиты населения?**
7. **Как определить степень увеличения заработной платы в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда?**
8. **Кто и на основании чего определяет величину надбавки «за сложный и напряженный труд»?**

ГЛАВА 8

Особенности правового регулирования отдельных видов медицинской деятельности

Некоторые виды медицинской деятельности, такие, как трансплантация органов и тканей, регулирование репродуктивной деятельности человека, психиатрическая помощь, деятельность экстрасенсов в связи с особыми условиями их выполнения и определенной специфичностью, требуют более внимательного рассмотрения регламентирующих их правовых аспектов.

Правовое обеспечение проведения трансплантации органов и тканей человека

«Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» допускают изъятие органов и (или) тканей человека для трансплантации (ст. 47), но в то же время оговаривают, что органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок, а и принуждение к изъятию органов и (или) тканей человека для трансплантации – недопустимо.

В юридической основе трансплантации лежат следующие правовые акты:

- Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины. 1996г.;
- Федеральный Закон «О трансплантации органов и (или) тканей человека» 1992г. (доп. 1999г);
- Федеральный Закон «О донорстве крови и ее компонентов» 1993г.;
- Основы Законодательства РФ об охране здоровья граждан 1993г.

Закон допускает, что для трансплантации могут быть изъяты такие органы, как сердце, легкое, почка, печень, костный мозг, причем могут быть использованы органы и ткани, как живых, так и мертвых людей. Перечень трансплантатов определяется Министерством здравоохранения и социального развития и РАМН. Не попадает под действие закона трансплантация

репродуктивных органов, препаратов и пересадочных материалов, для приготовления которых используются тканевые компоненты. Как правило, изымается парный орган, часть органа или ткани, отсутствие которых не влечет за собой необратимого расстройства здоровья. Не допускается изъятие органов и тканей у лиц, находящихся в служебной или иной зависимости от реципиента.

Донором может быть только дееспособный гражданин, достигший возраста 18 лет. Согласие живого донора должно быть добровольным и изложено в письменной форме, при его недееспособности пересадка органов и тканей осуществляется с письменного согласия его законных представителей.

Живой донор должен находиться с реципиентом в генетической связи. Консилиум врачей обязан констатировать, что после трансплантации донору не будет причинен значительный вред.

Если по состоянию здоровья (бессознательное состояние) невозможно получить письменное согласие реципиента и существует угроза его жизни, пересадка осуществляется без его согласия. Забор органов и тканей может быть проведен только государственными учреждениями здравоохранения, перечень которых утверждается МЗ и СР и РАМН.

В случае изъятия органов и тканей у трупа, при отсутствии запрета умершего или его близких родственников, факт смерти должен быть установлен консилиумом врачей. Заключение о смерти дается на основании констатации смерти всего головного мозга в соответствии с процедурой, утвержденной Министерством здравоохранения, причем ответственность за диагноз смерти человека полностью лежит на устанавливающих смерть мозга врачах, того лечебного учреждения, где умер больной. Закон не допускает к участию в консилиуме трансплантологов, членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею, но оговаривает обязательное разрешение на изъятие органов и тканей главного врача лечебного учреждения.

Государство гарантирует донору защиту его прав и здоровья. Он может затребовать полную информацию о прогнозе его здоровья, возможных осложнениях после предстоящей операции, может отказаться от изъятия у него органа или тканей, вправе требовать бесплатное лечение, в связи с проведенной операцией.

Кровь, как одна из самых востребованных тканей человека подпадает под действие Закона РФ 1993г. «О донорстве крови и ее компонентов». Кровь берется у живого человека в возрасте от 12 до 60 лет, причем в обязательном порядке необходимо добровольное согласие лица на взятие у него крови или ее компонентов (плазмы, эритроцитарной массы и т.п.)

Перед взятием крови донор должен пройти медицинское обследование. Реципиент, которому переливается кровь, должен также дать свое устное согласие. В соответствии с законом донору гарантируется Государством право на защиту его здоровья и определенные льготы. Донор подлежит обязательному страхованию за счет средств службы крови в случае заражения его инфекционными заболеваниями при сдаче крови.

Медицинское обследование донора перед сдачей крови и выдача справок о состоянии его здоровья производится бесплатно. В случае наступления инвалидности донора, связанной с выполнением им донорских функций, последняя трактуется как инвалидность, наступившая вследствие трудового увечья.

В день сдачи крови, а также в день медицинского обследования, донор освобождается от работы на предприятии, в учреждении, организации независимо от форм собственности с сохранением за ним среднего заработка за эти дни. Донор военнослужащий освобождается от несения нарядов, вахт и других форм службы.

В случае, если по согласованию с администрацией работник, являющийся донором, в день сдачи крови вышел на работу (за исключением работ, связанных с особыми условиями труда), ему предоставляется, по его желанию, другой день отдыха с сохранением за ним среднего

заработка. В случае сдачи крови и его компонентов в период ежегодного отпуска, в выходной или праздничный день донору, по его желанию, предоставляется другой день отдыха или день сдачи крови оплачивается не менее чем в двойном размере. После каждого дня сдачи крови и ее компонентов донору предоставляется дополнительный день отдыха с сохранением за ним среднего заработка. Указанный день отдыха, по желанию донора, может быть присоединен к ежегодному отпуску или использован в другое время в течение года после дня сдачи крови и ее компонентов.

В день сдачи крови донор обеспечивается бесплатным питанием за счет средств соответствующего бюджета.

В обязанности донора крови и ее компонентов входит сообщение известных ему сведений о перенесенных им или имеющихся у него заболеваниях, а также об употреблении им наркотических средств. Гражданин, сознательно скрывший или искаживший сведения о состоянии своего здоровья, несет ответственность, установленную законодательством Российской Федерации, если такие действия повлекли или могли повлечь за собой существенное расстройство здоровья реципиентов.

Заготовку, переработку, хранение донорской крови и ее компонентов могут осуществлять только государственные медицинские учреждения, имеющие соответствующую лицензию. Вывоз донорской крови и ее компонентов за пределы РФ допускается в случае оказания гуманитарной помощи при экстремальных ситуациях по решению Правительства РФ.

Если до 2005 г. граждане, награжденные знаком «Почетный донор России» имели право на льготы - бесплатное изготовление зубных протезов, скидку до 50% при приобретении лекарств, выделение льготных путевок на санаторно-курортное лечение, бесплатный проезд на всех видах общественного транспорта, на снижение до 50% размера коммунальных услуг, то в результате их монетизации федеральным законом № 122 они были заменены денежными выплатами в размере 6000 руб. в год или 500 руб. ежемесячно.

Правовое регулирование репродуктивной деятельности

В «Основах законодательства РФ...» 1993г. медицинской деятельности по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека уделен раздел VII, где в статьях 35, 36 и 3, 7 изложены требования Закона к этому виду медицинской деятельности.

В ст. 35 «Искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона» государство гарантирует каждой совершеннолетней женщине детородного возраста право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона, причем данное вмешательство в обязательном порядке должно проводиться в учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, при наличии информированного письменного согласия супругов (одиноким женщины).

(Информированное, добровольное согласие - это добровольное согласие пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство, данное им на основе полученной от лечащего врача или врача, проводящего биомедицинское исследование, полной и всесторонней информации в доступной для пациента форме изложения о цели, характере, способах данного вмешательства, связанных с ним вероятном риске и возможных медико-социальных, психологических и других последствиях, а также возможных альтернативных видах медицинской помощи и связанных с ними последствиях и риске).

Сведения о проведении искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, а также личности донора составляют врачебную тайну. В случае разглашения информации о конкретных лицах, участвовавших в этой процедуре, медицинский персонал несет установленную законом ответственность. Этой же статьей женщине гарантировано право на информацию о процедуре искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, о медицинских и правовых аспектах ее последствий, о данных медико-генетического обследования, внешних данных и

национальности донора, предоставляемую врачом, осуществляющим медицинское вмешательство.

Закон гласит, что ребенок, рожденный при помощи искусственного оплодотворения, имеет те же права по отношению к родителям, что и другие дети, рожденные естественно. В соответствии с Семейным кодексом РФ муж, давший согласие на искусственное оплодотворение своей жены с помощью донора, записывается отцом рожденного ею ребенка и не может оспаривать отцовство в суде.

Статьей 36 «Основ законодательства РФ...» государством предоставлено право каждой женщине решать самостоятельно вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности может быть совершено по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, а также по социальным показателям – при сроке беременности 22 недели (перечень социальных показателей в настоящее время значительно сужен), а при наличии медицинских показаний и согласии женщины – независимо от срока беременности.

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством Здравоохранения. В настоящее время к ним относятся такие заболевания, как активные формы туберкулеза, сифилис, ВИЧ-инфекция, злокачественные образования всех локализаций в настоящем или прошлом, острый и хронический лейкоз, врожденные пороки сердца и др. В случае обнаружения у беременной заболевания, не указанного в перечне, если оно представляет угрозу жизни или здоровью беременной или новорожденному, вопрос о прерывании беременности решается индивидуально. Причем медицинские показания по прерыванию беременности устанавливаются комиссионно.

В состав комиссии в обязательном порядке входят врач акушер-гинеколог, врач той специальности, к которой относится заболевание (состояние) и главный врач медицинского учреждения.

Искусственное прерывание беременности проводится в рамках базовой программы ОМС, то есть бесплатно в

учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности, врачами, имеющими соответствующую подготовку.

В статье 37 «Основ Законодательства РФ...» разрешена медицинская стерилизация – оперативное вмешательство, результатом которого становится лишение человека способности к воспроизводству потомства. Для ее проведения необходимо обязательное письменное заявление граждан возрастом более 35 лет при наличии у него не менее двоих детей, а при медицинских показаниях и согласии гражданина ее выполняют независимо от возраста и наличия детей. Медицинская стерилизация проводится независимо от пола, как мужчинам, так и женщинам. Перечень медицинских показаний для медицинской стерилизации утверждается Министерством здравоохранения. В перечень включены такие заболевания, как хроническая ишемическая болезнь сердца, эпилепсия, умственная отсталость и др.

Законом определено, что медицинская стерилизация проводится в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, имеющих лицензию на указанный вид деятельности.

Незаконное проведение искусственного оплодотворения и имплантации эмбриона, искусственного прерывания беременности и медицинской стерилизации уголовно наказуемо.

В последнее время применение новых репродуктивных технологий, связанных с рождением человека является наиболее активно обсуждаемой темой современной биоэтики, так как связана со многими философскими, религиозными, правовыми и моральными проблемами, большая часть которых не имеет однозначного решения. Стремительно развивающиеся новейшие технологии репродукции человека, в частности клонирование, потребуют в ближайшее время кардинально новых решений, что повлечет за собой соответствующие изменения в законах.

Правовые основы оказания психиатрической помощи

Особым разделом медицинского права является медицинская помощь больным с психическими расстройствами, так как в этой области возможность нарушений прав человека наиболее вероятна. Правовой основой профессиональной деятельности в этой области являются «Основы законодательства РФ...» 1993г. и Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», которые регламентируют оказание психиатрической помощи как государственными, так и негосударственными психиатрическими и психоневрологическими учреждениями, а также частнопрактикующими врачами психиатрами. Право на оказание психиатрической помощи должно быть в обязательном порядке подтверждено государственной лицензией, которая вносится в единый государственный реестр, а врачебный и средний медицинский персонал, участвующий в оказании психиатрической помощи, должен пройти специальную подготовку с последующим получением сертификата для допуска к этой работе по специальности.

Психиатрическая помощь может оказываться как добровольно, после получения информированного добровольного письменного согласия, так и в принудительном порядке. Законом определено, что несовершеннолетним в возрасте до 15 лет, а также лицам, признанным в установленном порядке недееспособными, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей.

Уголовным кодексом и законом РФ «О психиатрической помощи...» четко определено, в каких случаях психиатрическая помощь может быть оказана без согласия пациента или его законного представителя. Уголовным Законодательством регламентированы принудительные меры медицинского характера, которые применяются по решению суда к лицам, страдающим психическими расстройствами и совершивших общественно опасные деяния. На весь период нахождения в психиатрическом стационаре, в этом случае, они признаются нетрудоспособными и имеют право на пособие по

государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях. Но выписка из психиатрического стационара лицу, к которому в судебном порядке применены принудительные меры медицинского характера, выдается только по решению суда.

Законом РФ «О психиатрической помощи...» регламентированы вопросы принудительного психиатрического освидетельствования, диспансерного наблюдения и его прекращения, госпитализации и содержания в стационаре. В частности, принудительное психиатрическое освидетельствование граждан без их согласия, может быть проведено при совершении больным действий, дающих основание предполагать у него тяжкое психиатрическое расстройство.

Эти основания возникают в следующих случаях:

- если больной представляет непосредственную опасность для себя и окружающих;
- если больной не способен самостоятельно удовлетворить свои жизненные потребности, что квалифицируется как беспомощность;
- при нанесении существенного вреда здоровью больного, обусловленного ухудшением психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи.

Решение о взятии психических больных на диспансерный учет, а также снятие с учета принимается комиссией врачей психиатров, назначаемой руководством психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, с обязательным оформлением этого решения комиссии в медицинской документации.

В случаях госпитализации в психиатрический стационар без согласия больного или его законного представителя до решения суда, врач-психиатр принимает решение о направлении на стационарное лечение больного, если обследование или лечение его возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя и окружающих;

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если он будет оставлен без психиатрической помощи. В течение 4-х часов комиссия врачей-психиатров психиатрического стационара, согласно закону, должна принять решение об обоснованности госпитализации лица, помещенного в стационар по этим основаниям. В случаях необоснованной госпитализации и нежелании больного оставаться в психиатрическом стационаре, он должен быть немедленно выписан. При обоснованности госпитализации, заключение комиссии направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании больного в нем.

В соответствии с Гражданско-процессуальным кодексом РФ (2002г.) судья, принимая заявление о госпитализации в психиатрический стационар и обоснованное заключение комиссии врачей - психиатров, дает санкцию на пребывание лица в стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде, которое должно быть им рассмотрено в течение 5 суток.

Закон гарантирует лицу, помещенному в психиатрический стационар право:

- на получение информации о своих правах, а также в доступной ему форме о характере имеющегося у него психического расстройства, целях, методах, продолжительности лечения и ожидаемых результатах;
- на ознакомление в психиатрическом стационаре с текстом «Закона о психиатрической помощи...», правилами внутреннего распорядка данного лечебного учреждения, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушений прав пациента;

- на отказ от предполагаемого лечения, как им самим, так и его законному представителю, за исключением случаев, установленных Законом, с обязательным письменным оформлением отказа в медицинской документации после разъяснения возможных последствий прекращения лечения, за подписью пациента или его законного представителя и врача-психиатра;
- на отказ от участия в учебном процессе в качестве объекта, а также от фото-, видео-, или киносъемки;
- на запрет применения к ним экспериментальных методов лечения и использования медицинских средств и методов в качестве наказания в интересах других лиц;
- на возможность приглашения адвоката для защиты своих прав и законных интересов;
- на конфиденциальность информации о наличии у него психического расстройства, фактах обращения и лечения в лечебном учреждении, оказывающем психиатрическую помощь, а также иные сведения о состоянии его психического здоровья;
- на отправление религиозных обрядов и встреч наедине со священно служителем.

В то же время, закон оговаривает некоторые ограничения прав пациентов, находящихся в психиатрическом стационаре. Это права на ведение переписки без цензуры, получение и отправку посылок, бандеролей и денежных переводов, пользование телефоном, прием посетителей, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача, заведующего отделением или главного врача в интересах здоровья и безопасности пациентов и других лиц.

В случаях принудительной госпитализации меры физического характера и изоляции применяются только в случаях, формах и на тот период, когда, по мнению врача - психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия пациента, представляющие непосредственную опасность для него и других людей.

Закон запрещает дискриминацию лиц, страдающих психическими заболеваниями. В порядке исключения из

этого правила, для лиц, страдающих психическими расстройствами, законодательство допускает временные, на срок не более 5 лет с правом последующего переосвидетельствования, ограничения к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности. В отношении лиц с некоторыми затяжными и длительно текущими психическими заболеваниями, в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний, врачебной комиссий, созданной органом здравоохранения, дается заключение о непригодности к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности, связанных с повышенной опасностью. Это работы, связанные с подъемом на высоту; работы по валке, сплаву, первичной обработке леса; работы под землей, работы на токарных, фрезерных и других станках; вождение всех видов транспорта; работы в военизированной охране и иных ведомствах и службах, которые связаны с ношением и применением огнестрельного оружия и т.д.

Законодательство РФ возложило надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи на органы прокуратуры, а контроль деятельности учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, на органы исполнительной власти.

Уголовным Кодексом РФ (ст. 128) предусмотрено, что незаконное помещение лица в психиатрический стационар наказывается лишением свободы на срок до 3-х лет, а при отягчающих обстоятельствах на срок от трех до семи лет.

Правовое регулирование деятельности экстрасенсов

Деятельность экстрасенсов определена законом как один из видов целительства, что отражено в ст. 57 «Основ законодательства РФ...» и рассматривается как занятие народной медициной.

Понятие «народная медицина» трактуется законом, как методы оздоровления и профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей утвердившиеся в народных традициях, но не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством РФ.

Правом на занятие целительством обладают Граждане РФ, получившие диплом целителя, выдаваемый администрацией Субъектов Федерации, причем его действие распространяются только на территории подведомственной органу, выдавшему лицензию на этот вид деятельности. Решение о выдаче диплома целителя принимается на основании заявления гражданина и представления профессиональной медицинской ассоциации, или заявления гражданина и совместного представления профессиональной медицинской ассоциации и учреждения, имеющего лицензию на соответствующий вид деятельности. Проведение сеансов массового целительства, в том числе, с использованием средств массовой информации, запрещается.

Лица, получившие диплом целителя, занимаются своей деятельностью в порядке, устанавливаемом местной администрацией в соответствии со статьей 56 «Основ законодательства РФ...» и рассматриваются как занимающиеся частной практикой. Лишение диплома целителя, как и запрещение занятия целительством, производится по решению органа здравоохранения, выдавшего диплом целителя и разрешение на занятие частной практикой, или суда.

Контроль деятельности, качества оказания медицинской помощи возложен на профессиональные медицинские ассоциации и местные администрации, на территории которых действуют диплом и лицензия лиц, занимающихся целительством.

Более детально защита прав граждан на получение медицинской помощи и лиц, занимающихся данным видом деятельности, регламентирована Федеральным Законом «О лицензировании».

Контрольные вопросы

- 1. Кем устанавливается факт смерти человека для решения вопроса о взятии у него органа для трансплантации? Допустимо ли взять орган для трансплантации без согласия близких родственников этого человека?**
- 2. Производится ли оплата обследования донора крови, если донором является иностранный подданный, не имеющий медицинского страхового полиса?**

3. Каков максимальный срок беременности при производстве аборта по медицинским показаниям? По желанию женщины?
4. Имеет ли право женщина на бесплатное прерывание беременности по ее желанию в медицинских учреждениях? Если да, то при каких условиях?
5. Имеет ли право больной психическим заболеванием отказаться от госпитализации в стационар соответствующего профиля? Если да, то в каких случаях?
6. Нужен ли документ, подтверждающий получение специального образования, экстрасенсу и целителю для осуществления им деятельности по оказанию медицинских услуг населению?

ГЛАВА 9

Законодательные основы предпринимательской деятельности

В Советском Союзе частный сектор в здравоохранении был невелик. Его, в основном, представляли немногочисленные частные стоматологические кабинеты и хозрасчетные поликлиники. В 80-х годах XX века начали появляться частные лечебно-диагностические учреждения (так называемые медицинские кооперативы), но и до настоящего времени доля, оказываемых частными медицинскими учреждениями и отдельными частными предпринимателями, в общем количестве медицинских услуг является незначительной (исключение составляет фармацевтическая деятельность). Однако, скорее всего, размеры ее будут в перспективе увеличиваться.

Согласно статье 34 Конституции РФ: «Каждый имеет право на свободное использование своих способностей и имущества для предпринимательской и иной, не запрещенной законом экономической деятельности». В соответствии с Гражданским кодексом РФ (статья 2 ГК РФ) **предпринимательской деятельностью** является самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке.

Предприниматель выступает в роли и менеджера (управленца) и собственника. Предпринимателем может быть признан только осуществляющий хозяйственную деятельность субъект права, действующий от своего имени, т.е. физическое или юридическое лицо. Деятельность, направленная на получение прибыли, но не хозяйственная, не является предпринимательской.

Предпринимательством в здравоохранении является деятельность организаций и частных лиц, направленная на укрепление и улучшение состояния здоровья граждан, позволяющая возместить затраты на осуществление

этой деятельности и периодически получать прибыль за счет потребителей медицинских услуг или финансирующих лечение лиц и организаций.

В любой деятельности, в том числе и предпринимательской кто-то должен компенсировать расходы, связанные с ней. Это бремя, как правило, ложится на потребителя медицинских услуг или на другие заинтересованные лица. Поэтому цены и тарифы на предпринимательскую деятельность в здравоохранении формируются, исходя из социальной доступности.

В соответствии с положениями Гражданского кодекса РФ, каждый дееспособный гражданин вправе заниматься предпринимательской деятельностью без образования юридического лица с момента государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя.

В Законе РСФСР «О предприятиях и предпринимательской деятельности», действовавшем до принятия в 1994 году первой части Гражданского кодекса РФ, существовало понятие «индивидуальная трудовая деятельность», под которой подразумевалась предпринимательская деятельность, осуществляемая без привлечения наемного труда. Современным гражданским законодательством это ограничение было снято, и сейчас предприниматели могут заключать трудовые договора с нужными ему работниками и производить обязательные платежи во внебюджетные социальные фонды. В настоящее время это предпринимательство получило название индивидуального частного предпринимательства (ИЧП).

В медицине индивидуальное предпринимательство в настоящее время наиболее распространено в стоматологии, продаже медицинских препаратов и средств лечения, а также в области нетрадиционных методов лечения и специфических видов медицинских услуг.

Любой участник частной медицинской деятельности должен предстать в определенной организационно-правовой форме в соответствии с действующим законодательством.

Гражданским кодексом РФ хозяйствующие субъекты делятся на **юридические и физические лица**.

Юридическое лицо - это организация, учреждение, выступающее в качестве единого самостоятельного носителя прав и обязанностей, имеющее фирменное название, устав, печать, расчетный счет в банке, прошедшее государственную регистрацию и занесенное в государственный реестр.

Физическое лицо – гражданин, человек, участвовавший в экономической деятельности, выступающий в качестве полноправного субъекта такой деятельности.

Гражданский кодекс РФ устанавливает **организационно-правовые формы хозяйствующих субъектов** – участников экономической деятельности.

Хозяйствующие субъекты (хозяйственными товариществами и обществами признаются коммерческие организации с разделенным на доли (вклады) учредителей (участников) уставным (складочным) капиталом. Имущество, созданное за счет вкладов учредителей (участников), а также произведенное и приобретенное хозяйственным товариществом или обществом в процессе его деятельности, принадлежит ему на праве собственности.

Хозяйственное общество может быть создано и одним лицом, которое становится его единственным участником.

Хозяйственные товарищества могут создаваться в форме полного товарищества и товарищества на вере (командитного товарищества), а также акционерного общества (открытого и закрытого), общества с ограниченной или с дополнительной ответственностью.

Участниками хозяйственных субъектов могут быть и физические и юридические лица.

Различаются хозяйствующие субъекты, главным образом, видом материальной ответственности, которую несут его участники в случае убытков, ролью учредителей в процессе получения прибыли и пр.

Частнопрактикующий медицинский работник может организовать свою деятельность на базе своей собственности, либо на базе аренды любой из вышеперечисленных организационно-правовых форм.

Государство Российской Федерации, органы государственного управления и местного самоуправления для

осуществления экономических, социальных и военных программ и для финансирования собственной деятельности нуждаются в денежных средствах. Большая и основная часть этих средств поступает в виде налогов, взимаемых с организаций и граждан в федеральный бюджет, бюджеты субъектов Российской Федерации и в муниципальные бюджеты.

Процесс установления и взимания налогов называется налогообложением, которое осуществляется в соответствии с Налоговым кодексом РФ и законами о налогах и сборах и другими нормативными правовыми документами.

Подлежит налогообложению и медицинская деятельность. Однако здравоохранение имеет социально ориентированную направленность, что поддерживается государством, в связи с чем имеет некоторые льготы, уменьшающие налоговую нагрузку.

Налоговый кодекс РФ определяет **налог** - как обязательный, индивидуально безвозмездный платеж, взимаемый с организаций и физических лиц в форме отчуждения принадлежащих им денежных средств, в целях финансового обеспечения деятельности государства и (или) муниципальных образований. **Сбор** определяется налоговым законодательством, как обязательный взнос, взимаемый с организаций и физических лиц, уплата которого является одним из условий совершения органами власти и должностными лицами юридически значимых действий в интересах плательщика сбора. Иначе говоря, **сбор** – это плата за предоставление государственными и местными органами управления, должностными лицами услуг, например, за выдачу лицензий, разрешений, регистрацию документов и т.д. Налоги взимаются в денежной форме.

Различают: федеральные, региональные и местные налоги и сборы.

Существует несколько десятков разновидностей налогов, отличающиеся между собой источниками налогов, объектами налогообложения, налоговой базой и видом налогооблагаемой деятельности.

Наиболее распространенный – подоходный налог с физических лиц, взимаемый с денежного дохода граждан, как правило, с заработной платы граждан при ее выдаче (он равен 13% лохода).

Существуют и другие виды налогов:

- налог на добавленную стоимость;
- налог на прибыль организации;
- налоги на экспорт и импорт;
- акциз;
- налог на вмененный доход предпринимателей;
- налог на имущество физических и юридических лиц;
- земельный налог;
- налог на пользование автомобильных дорог;
- налог с владельцев транспортных средств;
- налог на приобретение автотранспортных средств;
- налог на содержание жилищного фонда и объектов социально-культурной сферы;
- целевые сборы;
- сбор на нужды образовательных учреждений.

Особенности налогообложения в медицинских организациях выражаются во взимании налогов на прибыль и на добавленную стоимость.

В соответствии с Федеральным Законом от 8 августа 2001 года № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» **лицензионные требования и условия**, представляющие собой совокупность установленных положениями требований и условий, выполнение которых обязательно лицензиатом при осуществлении лицензируемого вида деятельности. Этими вопросами, в настоящее время занимается Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2002 года № 499 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» были утверждены лицензионные требования и условия при осуществлении медицинской деятельности, которыми являются:

а) наличие у соискателя лицензии (лицензиата), принадлежащих ему на праве собственности или ином законном основании соответствующих помещений;

б) наличие соответствующих организационно-технических условий и материально-технического оснащения, включая: оборудование, инструменты, транспорт и документацию, обеспечивающую использование медицинских технологий, разрешенных к применению Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в) наличие и содержание в рабочем состоянии средств противопожарной защиты (пожарной сигнализации и пожаротушения), противопожарного водоснабжения и необходимого для ликвидации пожара расчетного запаса специальных средств, а также наличие плана действий персонала на случай пожара;

г) наличие в штате работников, имеющих высшее, либо среднее специальное или дополнительное образование, специальную подготовку, соответствующее требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, а также наличие у руководителя лицензиата и (или) уполномоченного им лица высшего специального образования и стажа работы по лицензируемой деятельности (по конкретным видам работ и услуг), и не менее 5 лет - для юридического лица;

д) наличие высшего либо среднего специального (медицинского) образования, дополнительного образования, специальной подготовки, соответствующее требованиям и характеру выполняемых работ и предоставляемых услуг, и стажа работы по лицензируемой деятельности не менее 2 лет - для индивидуального предпринимателя;

е) повышение квалификации работников, осуществляющих медицинскую деятельность индивидуального предпринимателя, а также для юридического лица, не реже 1 раза в 5 лет.

Органом, имеющим право, проведения проверок соответствия соискателя лицензии лицензионным требованиям и условиям при проведении лицензирования является лицензирующий орган.

Контроль соблюдения лицензиатом лицензионных требований и условий осуществляется на основании предписания лицензирующего органа. Плановая проверка проводится 1 раз в 2 года. Внеплановая проверка проводится для подтверждения устранения лицензиатом выявленных при проведении плановой проверки нарушений лицензионных требований и условий, а также в случае получения лицензирующим органом информации о наличии таких нарушений.

Лицензиат обязан обеспечивать условия для проведения проверки, в том числе предоставлять необходимую информацию и документы.

При соискании на занятие определенными видами медицинской деятельности в лицензионный орган предоставляется следующий перечень документов:

- копии учредительных документов (устав, учредительный договор, положение, свидетельство о внесении изменений в учредительные документы, зарегистрированных в установленном порядке) и документ, подтверждающий факт внесения записи о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц (индивидуальных предпринимателей), с указанием его кода по Общероссийскому классификатору предприятий и организаций;

- копия санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам выполняемых работ и предоставляемых услуг, составляющих медицинскую деятельность;

- заключение Государственной противопожарной службы о соблюдении на объектах соискателя лицензии требований пожарной безопасности;

- копия свидетельства о постановке соискателя лицензии на учет в налоговом органе;

- копии документов, подтверждающих соответствующую лицензионным требованиям и условиям квалификацию работников юридического лица;
- документ, подтверждающий уплату лицензионного сбора.

За предоставление недостоверных или искаженных сведений соискатель лицензии несет ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Система и порядок заключения договоров в предпринимательской деятельности. В связи с введением в Российской Федерации обязательного медицинского страхования, все более широким распространением оказания платных медицинских услуг в здравоохранении, получили свое развитие и договорные отношения между пациентами и учреждениями и организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Действующим в Российской Федерации законодательством предусмотрена письменная форма заключения такого договора на оказание платных медицинских услуг, в котором в обязательном порядке должны быть прописаны: условия и сроки предоставления услуги, порядок расчетов между пациентом и организацией, права, обязанности и ответственность сторон.

Кроме того, необходимо знать, что при установлении налоговыми органами факта отсутствия договора на оказание платных медицинских услуг, они вправе в судебном порядке взыскать в бюджет все поступления от частной медицинской деятельности, признав их незаконными.

Своевременное оформление такого договора поможет устранить претензии между сторонами договора и ограничит разбирательство в судебном порядке.

Основными нормативными правовыми документами, лежащими в основе заключения договора, являются: Гражданский кодекс РФ, Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, Закон РФ «О защите прав потребителей».

Примерная форма договора на оказание платных медицинских услуг приводится в приложении.

Защита прав и интересов предпринимателей.

Обращение предпринимателей в арбитражный суд или суд общей юрисдикции с иском о защите своих прав и охраняемых законом интересов – наиболее эффективная и распространенная форма восстановления нарушенного или оспариваемого права. Преимущества судебного порядка рассмотрения спора очевидны. Арбитражные суды являются органами, специально созданными для рассмотрения и разрешения споров с участием предпринимателей.

Арбитражный суд защищает нарушенные или оспариваемые законные права и интересы граждан – предпринимателей, организаций – юридических лиц. Документом, подтверждающим наличие такого статуса, является свидетельство о государственной регистрации.

Контрольные вопросы

1. В чем состоят отличия юридического и физического лица?
2. Каковы основные условия для возможности занятия медицинским работником индивидуальной предпринимательской деятельностью по оказанию медицинских услуг населению?
3. Имеет ли право лицо без медицинского образования заниматься индивидуальной предпринимательской деятельностью по оказанию медицинских услуг? Если да, то в каких случаях?
4. Имеет ли право государственное или муниципальное учреждение здравоохранения на занятие предпринимательской деятельностью?
5. Имеет ли право частный предприниматель оказывать медицинские услуги без заключения договора с пациентом?
6. В чем различия между налогами и сборами? Имеет ли особенности налогообложение медицинской деятельности?

**Примерная форма договора на оказание платных
медицинских услуг**

**ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг**

« ____ » _____ 200_ г.

(наименование медицинского учреждения)
именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице
главного врача

_____,
(Ф.И.О.)
действующего на основании Устава, с одной стороны,
и гражданина

_____,
(Ф.И.О.)
Именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой
стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания
платных медицинских услуг. Пациент поручает, а
исполнитель обязуется оказать Пациенту платную
медицинскую услугу _____

(наименование услуги)
1.2. Срок оказания медицинской услуги

2. Стоимость и порядок оплаты

2.1. Стоимость медицинской услуги согласно
прейскуранту составляет

_____ руб.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. оказать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленные договором сроки;

3.1.2. предоставить Пациенту бесплатную, достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге.

3.2. Исполнитель имеет право в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. и не предусмотренной договором.

3.3. Пациент обязан:

3.3.1. информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

3.3.2. своевременно оплатить стоимость услуги;

3.3.3. точно выполнять назначения врача.

3.4. Пациент имеет право:

3.4.1. на предоставление информации о медицинской услуге;

3.4.2. знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей;

3.4.2. на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги

3.4.3. отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

4. Информация о предоставляемой медицинской услуге.

4.1. Исполнитель – медицинской учреждение имеет лицензию на данный вид медицинской деятельности

выдачи,

_____ кем выдана, срок действия)

4.2. Оказываемая медицинская услуга представляет собой _____

4.3. Медицинская услуга не оказывается, если у Пациента имеются острые воспалительные заболевания.

4.4. Перед оказанием медицинской услуги врач устанавливает отсутствие противопоказаний, обследует Пациента на сифилис, гонорею, ВИЧ-инфекцию

4.5. Продолжительность услуги _____ минут.

4.6. Операцию производит врач высшей (или первой) квалификационной категории, имеющей сертификат специалиста.

4.7. С момента самой технологии выполнения медицинской услуги Пациент должен знать и осознавать вероятность побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Пациента. Основные возможные побочные эффекты _____,

возможность наступления в среднем в ____% случаев.

Основные

осложнения: _____

4.8. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. В случае, если осложнения потребовали оказания срочной медицинской помощи, Исполнитель устраняет подобные вредные последствия без дополнительной оплаты.

4.9. В случае необходимости при оказании медицинской услуги, по требованию Пациента ему выдается листок о временной нетрудоспособности .

4.10. Пациент подтверждает, что ознакомился с дополнительной информацией, касающейся особенностей

данной медицинской услуги и условий ее предоставления, вывешенной на стенде информации медицинского учреждения.

5. Ответственность сторон

5.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Пациент вправе по своему выбору потребовать:

5.1.1. безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;

5.1.2. соответственного уменьшения цены оказываемой услуги;

5.1.3. возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги в других медицинских учреждениях.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

5.3. Пациент обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине Пациента.

6. Порядок расторжения договора

6.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

6.2. пациент вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если выявлены недостатки оказанной услуги и в срок _____ дней недостатки не устранены исполнителем. Пациент вправе расторгнуть договор также в случае, если им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги или иные существенные отклонения от условий договора.

6.3. Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

7. Прочие условия

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.2. Споры и разногласия разрешаются путем переговоров, независимой экспертизы и в судебном порядке.

7.3. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг стороны договорились о проведении независимой экспертизы.

7.4. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий договора обязательно предъявление претензий, которые рассматривается другой стороной в течение _____ дней.

8. Реквизиты сторон

Исполнитель

Пациент

ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Пациент

Приложением № 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 26.07.2002 года № 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности» определена Номенклатура работ и услуг по оказанию соответствующей медицинской помощи:

01. Доврачебная помощь

- 01.001 работы и услуги по специальности акушерское дело
- 01.002 работы и услуги по специальности диетология
- 01.003 работы и услуги по специальности лабораторная диагностика
- 01.004 работы и услуги по специальности лечебное дело
- 01.005 работы и услуги по специальности лечебная физкультура
- 01.006 работы и услуги по специальности медицинский массаж
- 01.007 работы и услуги по специальности медицинская статистика
- 01.008 работы и услуги по специальности общая практика
- 01.009 работы и услуги по специальности операционное дело
- 01.010 работы и услуги по специальности рентгенология
- 01.011 работы и услуги по специальности сестринское дело
- 01.012 работы и услуги по специальности сестринское дело в педиатрии
- 01.013 работы и услуги по специальности стоматология
- 01.014 работы и услуги по специальности стоматология ортопедическая
- 01.015 работы и услуги по специальности стоматология профилактическая
- 01.016 работы и услуги по специальности физиотерапия
- 01.017 работы и услуги по специальности функциональная диагностика
- 01.018 работы и услуги по специальности анестезиология и реаниматология

- 01.019 работы и услуги по специальности эпидемиология (паразитология)
- 01.020 работы и услуги по специальности гигиена и санитария
- 01.021 работы и услуги по специальности энтомология
- 01.022 работы и услуги по специальности
- 01.023 работы и услуги по специальности лабораторное дело
- 01.024 работы и услуги по специальности гигиеническое воспитание
- 01.025 работы и услуги по специальности гистология
- 01.026 работы и услуги по специальности медицинская оптика
- 01.027 работы и услуги по специальности дезинфекционное дело
- 01.028 работы и услуги по специальности судебно-медицинская экспертиза

02. Скорая и неотложная медицинская помощь

- 02.001 работы и услуги по специальности кардиология
- 02.002 работы и услуги по специальности неврология
- 02.003 работы и услуги по специальности неонатология
- 02.004 работы и услуги по специальности нейрохирургия
- 02.005 работы и услуги по специальности токсикология
- 02.006 работы и услуги по специальности педиатрия
- 02.007 работы и услуги по специальности психиатрия
- 02.008 работы и услуги по специальности скорая медицинская помощь
- 02.009 работы и услуги по специальности терапия
- 02.010 работы и услуги по специальности травматология и ортопедия
- 02.011 работы и услуги по специальности трансфузиология
- 02.012 работы и услуги по специальности анестезиология и реаниматология

03. Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе в условиях дневного стационара и стационара на дому

- 03.001 работы и услуги по специальности акушерство и гинекология
- 03.002 работы и услуги по специальности аллергология и иммунология
- 03.003 работы и услуги по специальности анестезиология и реаниматология
- 03.004 работы и услуги по специальности гастроэнтерология
- 03.005 работы и услуги по специальности гематология
- 03.006 работы и услуги по специальности генетика
- 03.007 работы и услуги по специальности гериатрия
- 03.008 работы и услуги по специальности дерматовенерология
- 03.009 работы и услуги по специальности детская онкология
- 03.010 работы и услуги по специальности детская эндокринология
- 03.011 работы и услуги по специальности детская хирургия
- 03.012 работы и услуги по специальности диабетология
- 03.013 работы и услуги по специальности диетология
- 03.014 работы и услуги по специальности лабораторная генетика
- 03.015 работы и услуги по специальности лечебная физкультура и спортивная медицина
- 03.016 работы и услуги по специальности инфекционные болезни
- 03.017 работы и услуги по специальности клиническая лабораторная диагностика
- 03.018 работы и услуги по специальности кардиология
- 03.019 работы и услуги по специальности клиническая фармакология
- 03.020 работы и услуги по специальности неврология
- 03.021 работы и услуги по специальности мануальная терапия
- 03.022 работы и услуги по специальности рефлексотерапия
- 03.023 работы и услуги по специальности общая врачебная практика (семейная медицина)
- 03.024 работы и услуги по специальности отоларингология

- 03.025 работы и услуги по специальности сурдология-оториноларингология
- 03.026 работы и услуги по специальности офтальмология
- 03.027 работы и услуги по специальности профпатология
- 03.028 работы и услуги по специальности психиатрия
- 03.029 работы и услуги по специальности психотерапия
- 03.030 работы и услуги по специальности сексология
- 03.031 работы и услуги по специальности психиатрия-наркология
- 03.032 работы и услуги по специальности радиология
- 03.033 работы и услуги по специальности рентгенология
- 03.034 работы и услуги по специальности скорая медицинская помощь
- 03.035 работы и услуги по специальности терапия
- 03.036 работы и услуги по специальности токсикология
- 03.037 работы и услуги по специальности нефрология
- 03.038 работы и услуги по специальности пульмонология
- 03.039 работы и услуги по специальности ревматология
- 03.040 работы и услуги по специальности трансфузиология
- 03.041 работы и услуги по специальности травматология и ортопедия
- 03.042 работы и услуги по специальности функциональная диагностика
- 03.043 работы и услуги по специальности фтизиатрия
- 03.044 работы и услуги по специальности физиотерапия
- 03.045 работы и услуги по специальности хирургия
- 03.046 работы и услуги по специальности колопроктология
- 03.047 работы и услуги по специальности нейрохирургия
- 03.048 работы и услуги по специальности онкология
- 03.049 работы и услуги по специальности сердечно-сосудистая хирургия
- 03.050 работы и услуги по специальности торакальная хирургия
- 03.051 работы и услуги по специальности челюстно-лицевая хирургия
- 03.052 работы и услуги по специальности эндоскопия
- 03.053 работы и услуги по специальности эндокринология
- 03.054 работы и услуги по специальности педиатрия

- 03.055 работы и услуги по специальности неонатология
- 03.056 работы и услуги по специальности ортодонтия
- 03.057 работы и услуги по специальности стоматология
- 03.058 работы и услуги по специальности стоматология детская
- 03.059 работы и услуги по специальности стоматология терапевтическая
- 03.060 работы и услуги по специальности стоматология ортопедическая
- 03.061 работы и услуги по специальности стоматология хирургическая
- 03.062 работы и услуги по специальности ультразвуковая диагностика
- 03.063 работы и услуги по специальности урология
- 03.064 работы и услуги по специальности восстановительная медицина
- 03.065 работы и услуги по специальности клиническая микология
- 03.066 работы и услуги по специальности лабораторная микология
- 03.067 работы и услуги по специальности детская урология – андрология

04. Санаторно-курортная помощь

- 04.001 работы и услуги по специальности акушерство и гинекология
- 04.002 работы и услуги по специальности аллергология и иммунология
- 04.003 работы и услуги по специальности гастроэнтерология
- 04.004 работы и услуги по специальности гематология
- 04.005 работы и услуги по специальности гериатрия
- 04.006 работы и услуги по специальности дерматовенерология
- 04.007 работы и услуги по специальности диетология
- 04.008 работы и услуги по специальности диабетология
- 04.009 работы и услуги по специальности детская эндокринология

- 04.010 работы и услуги по специальности детская онкология
- 04.011 работы и услуги по специальности кардиология
- 04.012 работы и услуги по специальности клиническая лабораторная диагностика
- 04.013 работы и услуги по специальности лечебная физкультура и спортивная медицина
- 04.014 работы и услуги по специальности мануальная терапия
- 04.015 работы и услуги по специальности неврология
- 04.016 работы и услуги по специальности нефрология
- 04.017 работы и услуги по специальности онкология
- 04.018 работы и услуги по специальности отоларингология
- 04.019 работы и услуги по специальности офтальмология
- 04.020 работы и услуги по специальности педиатрия
- 04.021 работы и услуги по специальности профпатология
- 04.022 работы и услуги по специальности психотерапия
- 04.023 работы и услуги по специальности пульмонология
- 04.024 работы и услуги по специальности ревматология
- 04.025 работы и услуги по специальности рентгенология
- 04.026 работы и услуги по специальности рефлексотерапия
- 04.027 работы и услуги по специальности сексология
- 04.028 работы и услуги по специальности стоматология
- 04.029 работы и услуги по специальности стоматология детская
- 04.030 работы и услуги по специальности стоматология терапевтическая
- 04.031 работы и услуги по специальности стоматология хирургическая
- 04.032 работы и услуги по специальности терапия
- 04.033 работы и услуги по специальности травматология и ортопедия
- 04.034 работы и услуги по специальности ультразвуковая диагностика
- 04.035 работы и услуги по специальности урология
- 04.036 работы и услуги по специальности функциональная диагностика
- 04.037 работы и услуги по специальности физиотерапия

- 04.038 работы и услуги по специальности фтизиатрия
- 04.039 работы и услуги по специальности эндоскопия
- 04.040 работы и услуги по специальности эндокринология
- 04.041 работы и услуги по специальности
восстановительная медицина

**05. Стационарная помощь, в том числе в
условиях дневного
стационара**

- 05.001 работы и услуги по специальности акушерство и
гинекология
- 05.002 работы и услуги по специальности аллергология и
иммунология
- 05.003 работы и услуги по специальности анестезиология и
реаниматология
- 05.004 работы и услуги по специальности токсикология
- 05.005 работы и услуги по специальности
дерматовенерология
- 05.006 работы и услуги по специальности генетика
- 05.007 работы и услуги по специальности лабораторная
генетика
- 05.008 работы и услуги по специальности инфекционные
болезни
- 05.009 работы и услуги по специальности клиническая
лабораторная диагностика
- 05.010 работы и услуги по специальности лечебная
физкультура и спортивная медицина
- 05.011 работы и услуги по специальности неврология
- 05.012 работы и услуги по специальности мануальная
терапия
- 05.013 работы и услуги по специальности рефлексотерапия
- 05.014 работы и услуги по специальности отоларингология
- 05.015 работы и услуги по специальности сурдология-
оториноларингология
- 05.016 работы и услуги по специальности офтальмология
- 05.017 работы и услуги по специальности патологическая
анатомия
- 05.018 работы и услуги по специальности профпатология

- 05.019 работы и услуги по специальности психиатрия
- 05.020 работы и услуги по специальности психотерапия
- 05.021 работы и услуги по специальности сексология
- 05.022 работы и услуги по специальности психиатрия-наркология
- 05.023 работы и услуги по специальности радиология
- 05.024 работы и услуги по специальности рентгенология
- 05.025 работы и услуги по специальности скорая медицинская помощь
- 05.026 работы и услуги по специальности терапия
- 05.027 работы и услуги по специальности гастроэнтерология
- 05.028 работы и услуги по специальности гематология
- 05.029 работы и услуги по специальности гериатрия
- 05.030 работы и услуги по специальности диетология
- 05.031 работы и услуги по специальности кардиология
- 05.032 работы и услуги по специальности клиническая фармакология
- 05.033 работы и услуги по специальности нефрология
- 05.034 работы и услуги по специальности пульмонология
- 05.035 работы и услуги по специальности трансфузиология
- 05.036 работы и услуги по специальности ультразвуковая диагностика
- 05.037 работы и услуги по специальности функциональная диагностика
- 05.038 работы и услуги по специальности травматология и ортопедия
- 05.039 работы и услуги по специальности физиотерапия
- 05.040 работы и услуги по специальности фтизиатрия
- 05.041 работы и услуги по специальности хирургия
- 05.042 работы и услуги по специальности колопроктология
- 05.043 работы и услуги по специальности нейрохирургия
- 05.044 работы и услуги по специальности онкология
- 05.045 работы и услуги по специальности сердечно-сосудистая хирургия
- 05.046 работы и услуги по специальности торакальная хирургия
- 05.047 работы и услуги по специальности урология

- 05.048 работы и услуги по специальности челюстно-лицевая хирургия
- 05.049 работы и услуги по специальности эндоскопия
- 05.050 работы и услуги по специальности эндокринология
- 05.051 работы и услуги по специальности диабетология
- 05.052 работы и услуги по специальности педиатрия
- 05.053 работы и услуги по специальности неонатология
- 05.054 работы и услуги по специальности детская онкология
- 05.055 работы и услуги по специальности детская эндокринология
- 05.056 работы и услуги по специальности детская хирургия
- 05.057 работы и услуги по специальности стоматология
- 05.058 работы и услуги по специальности ортодонтия
- 05.059 работы и услуги по специальности стоматология детская
- 05.060 работы и услуги по специальности стоматология терапевтическая
- 05.061 работы и услуги по специальности стоматология ортопедическая
- 05.062 работы и услуги по специальности стоматология хирургическая
- 05.063 работы и услуги по специальности эпидемиология
- 05.064 работы и услуги по специальности ревматология
- 05.065 работы и услуги по специальности клиническая микология
- 05.066 работы и услуги по специальности лабораторная микология
- 05.067 работы и услуги по специальности восстановительная медицина
- 05.068 работы и услуги по специальности детская урология-андрология

06. Прочие работы и услуги

- 06.001 работы и услуги по специальности организация сестринского дела
- 06.002 работы и услуги по специальности общественное здоровье и организация здравоохранения

- 06.003 работы и услуги по специальности управление сестринской деятельностью
- 06.004 работы и услуги по специальности общая гигиена (кроме работ, проводимых органами и учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора)
- 06.005 работы и услуги по специальности гигиена детей и подростков (кроме работ, проводимых органами и учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора)
- 06.006 работы и услуги по специальности гигиеническое воспитание
- 06.007 работы и услуги по специальности гигиена питания (кроме работ, проводимых органами и учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора)
- 06.008 работы и услуги по специальности гигиена труда (кроме работ, проводимых органами и учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора)
- 06.009 работы и услуги по специальности коммунальная гигиена (кроме работ, проводимых органами и учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора)
- 06.010 работы и услуги по специальности радиационная гигиена (кроме работ, проводимых органами и учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора)
- 06.11 работы и услуги по специальности паразитология (кроме работ, проводимых органами и учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы при

- осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора)
- 06.012 работы и услуги по специальности социальная гигиена и организация госсанэпидслужбы
- 06.013 работы и услуги по специальности санитарно-гигиенические лабораторные исследования (кроме работ, проводимых органами и учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора)
- 06.014 работы и услуги по гипер-(гипо) барической оксигенации
- 06.015 работы и услуги по забору и заготовке органов и тканей человека
- 06.016 работы и услуги по заготовке и хранению донорской спермы
- 06.017 работы и услуги по заготовке, производству, транспортировке и хранению донорской крови, ее компонентов и препаратов
- 06.018 работы и услуги по оказанию скорой трансфузиологической помощи
- 06.019 работы и услуги по применению методов традиционной медицины
- 06.020 судебно-медицинская экспертиза (лицензирование осуществляет Министерство здравоохранения Российской Федерации):
- 06.020.1 судебно-медицинская экспертиза и исследование трупа
- 06.020.2 судебно-медицинская экспертиза и обследование потерпевших, обвиняемых и других лиц
- 06.020.3 судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел
- 06.020.4 судебно-медицинская экспертиза вещественных доказательств и исследования биологических объектов
- судебно-биологическая
 - судебно-цитологическая
 - генетическая
 - медико-криминалистическая
 - спектрографическая

- судебно-химическая
 - биохимическая
 - химико-токсикологическая
 - судебно-гистологическая
- 06.021 работы и услуги по экспертизе наркологической
- 06.022 работы и услуги по военно-врачебной экспертизе
- 06.023 работы и услуги по экспертизе врачебно-летней
- 06.024 работы и услуги по экспертизе временной нетрудоспособности
- 06.025 работы и услуги по экспертизе (контроль) качества медицинской помощи
- 06.026 работы и услуги по экспертизе на право владения оружием
- 06.027 работы и услуги по судебно-психиатрической экспертизе (лицензирование осуществляет Министерство здравоохранения Российской Федерации):
- 06.027.1 однородная амбулаторная судебно – психиатрическая экспертиза
- 06.027.2 однородная стационарная судебно – психиатрическая экспертиза
- 06.027.3 комплексная амбулаторная судебно – психиатрическая экспертиза (психолого – психиатрическая, сексолого – психиатрическая)
- 06.027.4 комплексная стационарная судебно – психиатрическая экспертиза (психолого – психиатрическая, сексолого – психиатрическая)
- 06.028 работы и услуги по экспертизе профпригодности
- 06.029 работы и услуги по экспертизе связи заболеваний с профессией
- 06.030 работы и услуги по экспертизе состояния здоровья детей
- 06.031 работы и услуги по экспертизе медицинской безопасности на водном, воздушном, железнодорожном транспорте (лицензирование осуществляет Министерство здравоохранения Российской Федерации)

- 06.032 работы и услуги по медицинскому (наркологическое) освидетельствованию
- 06.033 работы и услуги по предварительным и периодическим медицинским осмотрам
- 06.034 работы и услуги по предрейсовым медицинским осмотрам водителей транспортных средств
- 06.035 работы и услуги по профилактической медицине
- 06.036 работы и услуги по специальности бактериология
- 06.037 работы и услуги по косметологии (терапевтическая, хирургическая)
- 06.038 работы и услуги по специальности применение новых клеточных технологий в здравоохранении (лицензирование осуществляет Министерство здравоохранения Российской Федерации)
- 06.039 работы и услуги по специальности эпидемиология
- 06.040 работы и услуги по специальности вирусология
- 06.041 работы и услуги по специальности дезинфектология
- 06.042 работы и услуги по специальности «диализ»

Приложение

№ п/п	Наименование специальностей	Тематика циклов	Вид постдипломного образования	Продолжительность, месяцы (часы)	Периодичность	Наименование должностей
1	2	3	4	5	6	7
1.	Организация сестринского дела	1.1. Управление «Экономика в здравоохранении» 1.2. Современные аспекты управления, экономики здравоохранения	Специал. Усоверш.	1,5 (216) 1 (144)	Не реже 1р./5 лет	Директор больницы (дома) сестринского ухода, хосписа; Заведующая молочной кухней, отнесенная к группе по оплате труда руководителей; Главная медицинская сестра, старшая медицинская сестра амбулаторно-поликлинического учреждения, действующего на правах отделений в составе лечебно-профилактического учреждения.
2.	Лечебное дело	2.1. Современные	Усоверш.	1 (144)	1р./5лет	Старший фельдшер,

		аспекты управления, экономики здравоохранения				фельдшер, заведующий фельдшерско-акушерским пунктом, фельдшер; Заведующий здравпунктом – фельдшер; Заведующий медпунктом - - фельдшер
		2.2. Скорая и неотложная помощь	Усоверш.	1,5 (216)	1р./5лет	Фельдшер скорой и неотложной помощи
		2.3 Наркология	Специал. Усоверш.	1 (144) 0,5 (72)	1р./5лет	Фельдшер по наркологии
		2.4. Охрана здоровья детей и подростков	Специал. Усоверш.	1,5 (216) 1 (144)	1р./5лет	Фельдшер школ, школ-интернатов, здравпунктов при средних специальных учебных заведениях и подростковых кабинетов взрослых поликлиник
		2.5. Охрана здоровья работников промышленных и других предприятий	Усоверш.	1 (144)	1р./5лет	Фельдшер здравпункта промышленных предприятий
		2.6. Охрана здоровья сельского населения	Усоверш.	2 (288)	1р./5лет	Фельдшер фельдшерско-акушерских пнктов, участковых больниц и врачебных амбулаторий
		2.7. Охрана здоровья работников водного и	Усоверш.	2 (288)	1р./5лет	Судовой фельдшер

		морского транспорта				
		2.8. Медицина общей практики	Специал. Усоверш.	2 (288) 1 (144)	1р./5лет	Фельдшер общей практики
		2.9. Семейная медицина	Специал. Усоверш.	2 (288) 1 (144)	1р./5лет	Фельдшер семейной практики
3.	Акушерское дело	3.1. Современные аспекты акушерской помощи в родовспомогательных учреждениях	Усоверш.	1,5 (216)	1р./5лет	Акушерка роддомов, отделений и женских консультаций
		3.2. Охрана здоровья женщины	Усоверш.	1 (144)	1р./5лет	Акушерка фельдшерско-акушерских пунктов, здравпунктов, смотровых кабинетов
4.	Стоматология	4.1. Стоматологическая помощь населению	Усоверш.	1 (144)	1р./5лет	Зубной врач
5.	Стоматология ортопедическая	5.1. Современные аспекты	Усоверш.	1(144)	1р/5 лет	Старший зубной техник, зубной техник
6.	Эпидемиология	6.1. Современные аспекты эпиднадзора	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Помощник врача-эпидемиолога (паразитолога), учреждений Госсанэпиднадзора (для выпускников отделений « Медико-профилактическое дело»)
		6.2. Организация	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Помощник эпидемиолога

		эпидемиологического контроля в лечебно-профилактическом учреждении				лечебно-профилактического учреждения (для выпускников отделений «Лечебное дело», «Акушерское дело», «Сестринское дело»)
		6.3. Современные аспекты эпидемиологии	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	
7.	Гигиена и санитария	7.1. Современные вопросы гигиены труда	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Помощник санитарного врача по гигиене труда учреждений Госсанэпиднадзора
		7.2. Современные вопросы гигиены питания	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Помощник санитарного врача по гигиене питания учреждений Госсанэпиднадзора
		7.3. Гигиена детей и подростков	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Помощник санитарного врача по гигиене детей и подростков
		7.4. Современные вопросы коммунальной гигиены	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Помощник санитарного врача по коммунальной гигиене
8.	Дезинфекционное дело	8.1. Организация дезинфекционного дела	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Инструктор-дезинфектор

9.	Гигиеническое воспитание	9.1. Организатор санитарного просвещения	Специал.	1(144)		Инструктор по санитарному просвещению
		9.2. Гигиеническое воспитание	Усоверш.	0,5(72)	1р/5 лет	
10.	Энтомология	10.1 Современные вопросы энтомологии	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Помощник энтомолога
11.	Лабораторная диагностика	11.1. Современные методы клинических исследований в лабораторной диагностике	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) клинических лабораторий
		11.2. Современные методы биохимических исследований в лабораторной диагностике	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) по биохимическим исследованиям
		11.3. Современные требования к заготовке крови и её компонентов	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) по заготовке крови и её компонентов
		11.4. Современные исследования в медицинской генетике	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) по медицинской генетике
		11.5. Современные методы исследования в иммунологии	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) по иммунологическим методам исследований

		11.6. Современные бактериологические методы исследований	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант по бактериологии
		11.7. Современные цитологические методы диагностики	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) по цитологической диагностике клинических лабораторий
		11.8. Лабораторное дело в противочумных учреждениях	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Лаборант противочумных учреждений
12.	Гистология	12.1. Гистологические методы исследований в патологоанатомических отделениях и прозекторских	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант, лаборант
13.	Лабораторное дело	13.1. Лабораторное дело в гигиене труда	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) по гигиене труда учреждений Госсанэпиднадзора
		13.2. Лабораторное дело в коммунальной гигиене	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) по коммунальной гигиене учреждений Госсанэпиднадзора
		13.3. Лабораторное дело в гигиене питания	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) по гигиене

						питания учреждений Госсаэпиднадзора
		13.4. Дезинфекционное дело	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) отдела (отделений) профилактической дезинфекции учреждений Госсанэпиднадзора, дезстанций
		13.5. Лабораторное дело в вирусологии	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) вирусологических отделений учреждений Госсанэпиднадзора и общеклинических централизованных лабораторий
		13.6. Лабораторное дело в паразитологии	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) по паразитологии учреждений Госсанэпиднадзора
		13.7. Лабораторное дело в бактериологии	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) по бактериологии
		13.8 Лабораторная диагностика ядохимикатов	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) по определению остаточных количеств

						ядохимикатов в пищевых продуктах и окружающей среде
		13.9. Современные физико-химические методы	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) отделений физико-химических методов исследований в учреждениях Госсанэпиднадзора
		13.10. Лабораторное дело в токсикологии	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фельдшер-лаборант (лаборант) токсикологических отделений в учреждениях Госсанэпиднадзора
14.	Фармация	14.1. Экономика и управление в фармации	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Руководитель со средним фармацевтическим образованием учреждений и организаций аптечной сети
		14.2. Современные аспекты работы фармацевтов	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фармацевт (старший фармацевт) учреждений и организаций аптечной сети
		14.3. Изготовление лекарственных форм	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Ассистент фармацевта
		14.4. Отпуск лекарственных средств	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Фармацевт в торговом зале
		14.5. Безрецептурный	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Киоскеры

		отпуск лекарственных средств и техника продаж				
15	Сестринское дело	15.1. Первичная медико-профилактическая помощь населению	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Участковая медицинская сестра поликлиник и цеховых врачебных участков
		15.2. Сестринское дело в терапии. Общее усовершенствование.	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра (палатная) терапевтических отделений;
		15.3. Сестринское дело в гастроэнтерологии	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	
		15.4. Сестринское дело в кардиологии	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра поликлиник, цеховых врачебных участков и стационаров
		15.5. Сестринское дело в эндокринологии	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	
		15.6. Сестринское дело в пульмонологии	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	
		15.7. Реабилитационное сестринское дело	Специал. Усоверш	2 (288) 1 (144)	1р/5 лет.	
		15.8. Сестринская косметология	Специал. Усоверш	2 (288) 1 (144)	1р/5 лет.	Медицинская сестра по косметологии
		15.9. Сестринское дело при инфекциях	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра инфекционных отделений и кабинетов
		15.10. Сестринское дело в аллергологии	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра аллергологических

						кабинетов
		15.11. Сестринское дело во фтизиатрии	Специал. Усовершен	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет.	Медицинская сестра противотуберкулезных диспансеров (диспансерных отделений), туберкулезных больниц (отделений), туберкулезных, костно-туберкулезных санаториев; Медицинская сестра детских туберкулезных и костно-туберкулезных санаториев
		15.12. Сестринское дело в психиатрии	Специал. Усовершен	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет.	Медицинская сестра психиатрических учреждений
		15.13. Сестринская социальная помощь	Специал. Усовершен	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет.	Медицинская сестра по социальной помощи
		15.14. Социальная помощь психическим больным	Усовершен	1 (144)	1р/5 лет.	
		15.15. Социальная помощь лицам пожилого и старческого возраста	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	

		15.16. Социальная помощь детям и подросткам	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	
		15.17. Сестринское дело в наркологии	Специал. Усовершен	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет.	Медицинская сестра наркологических отделений и кабинетов
		15.18. Сестринское дело в неврологии	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра неврологических отделений
		15.19. Сестринское дело в [хирургии. Общее усовершенствование.	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра хирургических отделений (палатная)
		15.20 . Сестринская помощь ожоговым больным.	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	
		15.21. Сестринское дело в травматологии	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	
		15.22. Сестринское дело в урологии	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	
		15.23.Гемодиализ	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	
		15.24. Трансфузиология	Специал. Усовершен	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет.	Медицинская сестра станций и отделений переливания крови
		15.25. Сестринская помощь онкологическим больным	Усовершен	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра онкологических отделений

		15.26 Радиоизотопная диагностика, лучевая терапия	Специал. Усоверш.	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет	Медицинская сестра лабораторий радиоизотопной диагностики, отделений лучевой терапии
		15.27. Сестринская помощь гинекологическим больным	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра гинекологических отделений
		15.28. Ультразвуковая диагностика	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра отделений (кабинетов) ультразвуковой диагностики
		15.29. Сестринская помощь больным с кожными и венерическими заболеваниями	Специал. Усоверш.	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет	Медицинская сестра дерматовенерологических отделений и кабинетов
		15.30. Сестринское дело в оториноларингологии	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра оториноларингологических отделений
		15.31. Сестринское дело в стоматологии	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра в стоматологических учреждениях
		15.32.Сестринское дело в офтальмологии	Специал. Усоверш.	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет	Медицинская сестра офтальмологических отделений и кабинетов

16.	Сестринское дело в педиатрии	16.1. Сестринский уход за новорожденными	Специал. Усоверш.	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет	Медицинская сестра палат и отделений новорожденных
		16.2. Сестринская помощь детям.	Специал. Усоверш.	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет	Медицинская сестра детских соматических отделений
		16.3. Сестринское дело в детской эндокринологии	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра детских эндокринологических отделений и кабинетов
		16.4. Сестринская помощь детям при хирургических заболеваниях	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра детских хирургических отделений
		16.5. Сестринская помощь детям с аллергическими заболеваниями	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра детских аллергологических отделений и кабинетов
		16.6. Сестринское дело в детской оториноларингологии	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра детских оториноларингологических отделений и кабинетов
		16.7. Сестринское дело в детской офтальмологии	Специал. Усоверш.	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет	Медицинская сестра детских офтальмологических кабинетов
		16.8. Первичная	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра

		медико-санитарная помощь детям				(участковая) педиатрических участков
		16.9. Сестринская помощь детям с нарушением речи	Специал. Усоверш.	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет	Медицинская сестра детских сурдологических кабинетов поликлиник и отделений
		16.10. Охрана здоровья детей и подростков	Усоверш	1(144)	1р/5 лет	Медицинская сестра яслей, яслей-садов, домов ребенка, общеобразовательных школ, школ-интернатов, здравпунктов при средних специальных учебных заведениях
		16.11. Охрана здоровья детей и подростков с дефектами умственного и физического развития	Специал. Усоверш.	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет	Медицинская сестра детских садов, школ, школ-интернатов для детей с дефектами умственного и физического развития
17.	Операционное дело	17.1.Сестринское операционное дело	Специал. Усоверш.	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет	Операционная медицинская сестра
		17.2 Современные аспекты инфузионного дела	Усоверш.	1(144)	1р/5 л.	Медицинская сестра , работающая в отделениях (кабинетах) инвазивных методов диагностики и лечения
		17.3. Современные	Усоверш.	1(144)	1р/5 л.	Медицинская сестра

		аспекты сестринского дела приэндоскопии				эндоскопических отделений (кабинетов)
18.	Анестезиология и реаниматология	18.1. Сестринское дело в анестезиологии и реаниматологии	Специал.	3(432)		Медицинская сестра анестезист, в том числе детская
		18.2. Современные аспекты сестринского дела в анестезиологии и реаниматологии	Усоверш.	1(144)	1р/5 л.	
19.	Общая практика	19.1. Первичная медико-санитарная помощь взрослому населению	Специал. Усоверш.	1,5 (216) 1 (144)	1р/5 лет	Медицинская сестра
20.	Семейное сестринское дело	20.1. первичная медико-санитарная помощь взрослым и детям	Специал. Усоверш.	2 (288) 1 (144)	1р/5 лет	Семейная медицинская сестра
21.	Рентгенология	21.1. Лабораторное дело в рентгенологии	Специал. Усоверш.	3 (432) 1 (144)	1р/5 лет	Рентгенолаборант
22.	Функциональная диагностика	22.1. Функциональная диагностика	Специал. Усоверш.	2 (288) 1 (144)	1р/5 лет	Старшая медицинская сестра, Медицинская сестра отделений и кабинетов функциональной диагностики, в том числе детской и кабинетов ультразвуковой диагностики

23.	Физиотерапия	23.1. Физиотерапия	Специал. Усоверш.	2 (288) 1 (144)	1р/5 лет	Старшая медицинская сестра, Медицинская сестра отделений и кабинетов физиотерапии, в том числе детской
24.	Медицинский массаж	24.1. Медицинский массаж	Специал. Усоверш.	2 (288) 1 (144)	1р/5 лет	Медицинская сестра по массажу, в том числе детскому
25.	Лечебная физкультура	25.1. Лечебная физкультура	Специал. Усоверш.	2 (288) 1 (144)	1р/5 лет	Инструктор по лечебной физкультуре, в том числе детской
26.	Диетология	26.1. Диетология	Специал. Усоверш.	2 (288) 1 (144)	1р/5 лет	Заведующая молочной кухней; медицинская сестра по диетологии, в том числе детская
27.	Медицинская статистика	27.1 Медицинская статистика	Специал.	1,5 (216)		Медицинский статистик
		27.2.Современная медицинская статистика и вопросы компьютеризации	Усоверш.	1(144)	1 р/5 лет.	
28.	Медицинская оптика	28.1. Организация работы предприятий «Оптика»	Усоверш.	1(144)	1 р/5 лет.	Директора , их заместители, заведующие отделами магазинов «Оптика»
		28.2.Технология	Усоверш.	1(144)	1 р/5 лет.	Мастера-оптики, сборщики

		изготовления средств коррекции зрения				очков
		28.3. Организация работы по обеспечению населения средствами коррекции	Усоверш.	1(144)	1 р/5 лет.	Продавцы магазинов «Оптика», оптометристы
29.	Монтаж , техническое обслуживание и ремонт медицинской техники	29.1. Монтаж, ремонт и техническое обслуживание электронно-медицинской аппаратуры	Усоверш.	1(144)	1 р/5 лет.	Электромеханик по медицинской технике
		29.2. Монтаж, ремонт и техническое обслуживание рентгеновской аппаратуры	Усоверш.	1(144)	1 р/5 лет.	Электромеханик по рентгеновской аппаратуре
		29.3. Дозиметрия	Усоверш.	1(144)	1 р/5 лет.	Дозиметрист

