

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2 '02

Медицинская кафедра Cathedra medicinae

**ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ –
КАКИМ ЕМУ БЫТЬ?**

**ВИРУСНЫЕ
ГЕПАТИТЫ**

Р-пресс

Поговорим о насущном

Статья «Защита от пациента», опубликованная в прошлом номере «Медицинской кафедры», вызвала живой интерес среди наших читателей. Многие письма содержали вопросы, касающиеся правовых взаимоотношений врачей и пациентов, врачей и администрации больницы и т.п. На них отвечает специальный консультант «Медицинской кафедры» И.Г. Антипина.



И.Г. АНТИПИНА,
консультант МК

Является ли врач должностным лицом? Если, предположим, хирург после проделанной операции получает от пациента деньги в конверте, будет ли это считаться взяткой и будет ли этот хирург нести уголовную ответственность?

А. В. Литвинова, г. Калуга

В российском законодательстве существуют два определения должностного лица – определение для административного права, которое дается в Законе «О государственной службе», и для уголовного права, которое приведено в Примечании к статье 285 Уголовного кодекса (УК). И для того, чтобы определить, будет ли врач в подобной ситуации нести ответственность по статье 290 УК (Получение взятки), нужно воспользоваться именно определением, данным в УК.

По этому определению должностным лицом считается «лицо, постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющее функции представителя власти либо выполняющее организационно-распорядительные, административно-хозяйственные функции в государственных органах, органах местного самоуправления, государственных и муниципальных учреждениях, а также в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках и воинских формированиях РФ».

Таким образом, в эту категорию уже никак не попадают врачи, работающие в негосударственных организациях.

Врач никогда ни при каких обстоятельствах не выполняет функции представителя власти, а организационно-распорядительные (планирование и организация работы людей, находящихся в подчинении, осуществление властных полномочий в отношении этих людей) и административно-хозяйственные (заведование материальными ценностями) – только в ряде случаев (главный врач, заведующий отделением и т.п.). Поэтому нормы УК о взятке будут касаться только той деятельности,

которая связана с этими перечисленными выше функциями. Например, главный врач получает мзду за то, что кладет пациента в свою больницу. Вознаграждение же за осуществление непосредственных обязанностей врача взяткой по УК считаться никак не может.

Те же соображения касаются и статьи 204 УК – Коммерческий подкуп. Эта норма распространяется только на лица, выполняющие **управленческие функции** в коммерческой организации.

Таким образом, за конверт после операции по статье 290 или по статье 204 УК **привлечь врача к уголовной ответственности нельзя**.

Но в связи с таким конвертом возникают другие вопросы: как оценивать эти деньги с гражданско-правовой точки зрения? Что это такое? В соответствии со статьей 575 Гражданского кодекса (ГК) деньги и иные материальные ценности, стоимость которых превышает 5 МРОТ (минимальных размеров оплаты труда), передаваемые работникам лечебных учреждений гражданами, находящимися у них на лечении, супругами или родственниками этих граждан, не могут считаться подарками. Подобное дарение запрещено. Следовательно, эти ценности с гражданско-правовой точки зрения, скорее всего, будут рассматриваться как оплата оказанных услуг.

И в этом случае мы «получаем» нарушение ряда других норм, в том числе и норм налогового законодательства, если эти «конвертные» доходы врач не декларирует. И вот за это, если сокрытая сума превысит допустимый размер, врач может быть привлечен к уголовной ответственности, но уже по статье 198 УК (Уклонение физического лица от уплаты налога или страхового взноса в государственные внебюджетные фонды).

Недавно в СМИ появились сообщения, что на Украине создаются частные станции скорой медицинской помощи (в частности, в Черновцах). Возможно ли создание подобных станций в соответствии с российским законодательством?

*Д. Полторацкий, г. Одинцово
Московской области*

Разумеется, прямого запрета на создание негосударственных станций скорой помощи нет и быть не может. Такой запрет был бы неконституционен. Но вот практически осуществлять это, по меньшей мере, нецелесообразно: в соответствии с медицинским законодательством, в частности с Программой государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, скорая медицинская помощь оказывается пациентам бесплатно, а финансируется за счет средств бюджетов субъектов (так называемые региональные бюджеты). И эти требования распространяются на медицинские организации всех форм собственности. Так что с точки зрения прибыльности или улучшения качества услуг за счет финансовых стимулов такие станции ничего не дадут.

В пластической хирургии существует особенно большой риск неудач из-за особенностей организма пациента. Например, если у пациента повышенная склонность к рубцеванию, обычная подтяжка может оставить на лице безобразные рубцы. Обычно об этом не думают. Будет ли виноват врач в таком случае?

Н. Тарасова, Москва

Здесь мы опять затрагиваем вопрос об ответственности врача (см. предыдущий номер «Медицинской кафедры»). Напомним, что врач может понести ответственность двух видов: гражданскую – за ненадлежащее выполнение договора оказания услуг и уголовную – за виновное причинение вреда здоровью.

Чтобы избежать ответственности за ненадлежащее оказание услуг, необходимо при заключении договора акцентировать внимание пациента (и указывать в письменном договоре) на том, что вы обязуетесь выполнить все те действия, которых от вас пациент ждет (провести подтяжку), на надлежащем уровне, но не гарантируете какой-либо результат. Результат и не входит в предмет договора оказания услуг, в соответствии с гражданским законодательством. В любом случае неустойку, возмещение дополнительных расходов и моральную компенсацию в таком случае будет выплачивать не врач, а медицинское учреждение, в котором врач работает (статья 1068 ГК).

Что же касается уголовной ответственности за виновное причинение вреда здоровью (неизгладимое обезображивание лица), то в суде нужно будет устанавливать, мог ли врач подобной квалификации и подобного опыта (учитываются образование, стаж работы по профессии, научная деятельность) предвидеть, что после указанной операции могут остаться рубцы. Это устанавливается с помощью экспертной комиссии, в которую назначаются врачи подобного опыта и квалификации. И если врач знал о такой возможной неудаче (или должен был знать, потому что, например, направление его научной деятельности предполагает такое знание), но неправильно собрал анамнез, то, разумеется, будет нести ответственность. В противном случае ответственность не наступит.

Если к врачу приходит пациент с полисом, полученным в другом городе, то какую помощь ему следует оказать бесплатно, не боясь, что работа останется неоплаченной?

Т.П. Тимошенко, Москва

По этому поводу существует ряд актов, относящихся как к федеральному уровню, так и к уровню субъектов. Во-первых, это Временное положение «О порядке финансовых расчетов между территориальными фондами обязательного медицинского страхования за предоставленную иногородним гражданам Российской Федерации медицинскую помощь по Программам обязательного медицинского страхования (ОМС)» и договоры между территориальными фондами ОМС, которые заключа-

ются в соответствии с этим Положением. Во-вторых, это, например, такие московские акты, как Приказ Комитета здравоохранения Москвы от 21 октября 1997 года № 552 «О порядке оказания медицинской помощи иногородним гражданам в лечебно-профилактических учреждениях Комитета здравоохранения Москвы и упорядочении регистрации больных, получающих платные медицинские услуги». Этим Приказом утверждена Инструкция о порядке направления и оказания медицинской помощи иногородним гражданам в лечебно-профилактических учреждениях Комитета здравоохранения Москвы. Также в развитие этих актов было написано Письмо Комитета здравоохранения Правительства Москвы от 29 января 1998 г. № 21 – 16 «О механизме реализации положений приказа № 552...».

Этими актами установлена достаточно сложная система финансирования услуг, оказываемых иногородним гражданам.

В любом случае бесплатно для граждан оказываются скорая и неотложная медицинская помощь, в том числе и стационарная, при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и острых заболеваниях). Такая помощь будет оплачиваться за счет средств бюджетов всех уровней и ОМС.

При наличии у граждан временного полиса московских медицинских организаций, а также при наличии полисов добровольного медицинского страхования вопросы финансирования отпадают сами собой.

Сложности возникают при определении источника финансирования услуг в рамках ОМС при наличии полиса территориального фонда другого города.

Здесь можно выделить два аспекта: медицинские услуги, которые должны оказываться бесплатно в соответствии с Программой государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, и медицинские услуги, которые должны оказываться бесплатно за счет средств субъекта или в соответствии с программой ОМС субъекта.

В первом случае медицинская помощь в объемах федеральной (базовой) программы ОМС оказывается гражданам независимо от места жительства на одинаковых условиях и оплачивается территориальным фондом ОМС по заключенному между фондами договору.

Во втором случае для получения плановой медицинской помощи в рамках программы ОМС субъекта, пациенту помимо территориального полиса необходимо иметь направление Комитета здравоохранения Москвы. Такие услуги финансируются из фонда ОМС Москвы и из московского бюджета.

Особое положение в московской системе здравоохранения имеют граждане Московской области: плановая госпитализация таких граждан, работающих в Москве, проводится при наличии направления лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) Москвы, к которому гражданин прикреплен, и полиса ОМС; не работающих, в том числе детей, – за счет средств ОМС с разрешения главного врача стационарно-

го лечебного учреждения при наличии направления территориальных органов здравоохранения и территориального полиса ОМС; госпитализация в ЛПУ Комитета здравоохранения жителей Московской области (как работающих, так и не работающих в Москве), не работающих в рамках Городской программы ОМС и осуществляется за счет средств городского бюджета здравоохранения только по талонам Комитета здравоохранения при наличии направления территориальных органов здравоохранения.

В каком объеме получают медицинскую помощь иностранцы и кто оплачивает оказанные услуги?

С. Климов, Ленинградская область

Этот вопрос регулируется также несколькими актами, в частности Приказом Минздрава РФ от 25 ноября 1993 г. № 280, которым устанавливается, что скорая и неотложная помощь в ситуациях, требующих немедленного медицинского вмешательства, иностранным гражданам оказывается бесплатно вне зависимости от наличия или отсутствия у последних полиса медицинского страхования.

Этот приказ не отменен, так как введены новые требования к въезду в Российскую Федерацию иностранцев из большинства стран: вместе с другими документами иностранный гражданин при въезде должен представлять полис медицинского страхования, по которому российская или иностранная компания будет оплачивать ему лечение. Существует минимальный перечень медицинских услуг, утвержденный Приказом Минздрава России от 6 августа 1999 г. № 315, который устанавливает, какие услуги иностранным гражданам должны обязательно оплачиваться страховой компанией.

Данный перечень принят в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11 декабря 1998 г. № 1488 «О медицинском страховании иностранных граждан, временно находящихся в Российской Федерации, и российских граждан при выезде из Российской Федерации».

Постановление не распространяется на иностранных граждан, работающих в РФ по трудовому договору (так как эти граждане в обязательном порядке страхуются своим работодателем), и еще на ряд лиц, в том числе на дипломатических представителей.

Все вышеперечисленное касается только граждан стран дальнего зарубежья. Причем если между странами заключен договор об оказании бесплатной медицинской помощи, то действует международный договор.

Для граждан из стран СНГ все эти положения действуют, если иное не установлено международным договором. По этому вопросу 27 марта 1997 г. заключено Соглашение «Об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников Содружества Независимых Государств», которое было подписано Азербайджанской Республикой, Республикой Армения, Республикой Беларусь, Грузией (с оговоркой), Республикой Казахстан, Кыргызской Республикой, Республикой Молдова,

Российской Федерацией, Республикой Таджикистан, Республикой Узбекистан, Украиной (с оговоркой).

Соглашением установлено, что «скорая и неотложная медицинская помощь при внезапных острых состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни больного или здоровью окружающих, несчастных случаях, отравлениях, травмах, родах и неотложных состояниях в период беременности оказывается гражданам беспрепятственно, бесплатно и в полном объеме на территории государства временного пребывания лечебно-профилактическими учреждениями независимо от организационно-правовых форм, ведомственной принадлежности и форм их собственности. С момента, когда устранена угроза жизни больного или здоровью окружающих и возможна его транспортировка, дальнейшее оказание медицинской помощи осуществляется на платной основе».

Плановая медицинская помощь оказывается на платной основе, причем у пациента должен быть документ, которым гарантируется, что страна, гражданином которой он является, эту помощь оплатит. Иначе помощь предварительно оплачивается самим пациентом.

На уровне исполнительных органов Россией заключены договоры с Белоруссией (Положение о порядке предоставления медицинской помощи гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации и гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь, утвержденное решением Исполнительного Комитета Сообщества Беларуси и России от 18 декабря 1996 г.) и Таджикистаном (Соглашение между Правительством Российской Федерации и Правительством Республики Таджикистан о сотрудничестве в области культуры, науки и техники, образования, здравоохранения, информации, спорта и туризма, заключенное в Душанбе 19 сентября 1995 г.), а также соглашение между органами здравоохранения Москвы и Баку (Соглашение о сотрудничестве в области здравоохранения между Главным Управлением здравоохранения Баку и Комитетом здравоохранения Правительства Москвы, заключенное 16 мая 1997 г.). Эти договоры устанавливают некоторые особенности, которые тоже необходимо учитывать. Например, граждане Белоруссии в России получают бесплатное лечение от социально опасных заболеваний по перечню (туберкулез, острые алкогольные психозы и т.п.) в государственных лечебных учреждениях.

У врача неправильно составлен график, и он вынужден работать в день после ночного дежурства. Из-за ослабленного внимания в такой ситуации врач допускает ошибку, которая приводит к причинению вреда здоровью пациента. Разделит ли администрация с врачом ответственность?

*Н. Анисеева, Л. Захаров,
И. Хаджиев, Москва*

В такой ситуации очень сложно отстоять отсутствие вины врача. Причинение вреда здоровью – уголовно наказуемое деяние. И каждый не-

сет за него ответственность самостоятельно. Поэтому лучше не допускать подобных ситуаций, а с администрацией, составляющей подобные графики, бороться средствами трудового законодательства, которое в полной мере распространяется на врачей.

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Что такое информированное согласие пациента на лечение в зарубежном законодательстве?

В последнее время особенно много внимания и в законодательстве, и в СМИ, и на практике уделяется институту согласия пациента на лечение. Иногда кажется, что допускается некоторый перебор – ну, не может пациент всегда осознанно и независимо согласиться или не согласиться на лечение. Складывается впечатление, что опять мы слепо скопировали зарубежный опыт, не скорректировав его под нашу действительность. Так какой же он, этот опыт?

В медицинском законодательстве англо-американской правовой системы используется институт информированного добровольного согласия, включающего в себя три компонента: информированность, способность принимать решение и добровольность.

Информированность заключается в том, что пациент получает информацию **не только о предлагаемом методе лечения, но и о возможных альтернативных, с указанием преимуществ и недостатков каждого.**

Добровольность – в том, что на пациента не может быть оказано давление, причем ни прямое, ни косвенное (что явилось основанием для запрещения проведения экспериментов на заключенных, на лицах, страдающих психическим расстройством и подвергнутых мерам принудительного медицинского воздействия или недобровольной госпитализации, и пр.).

Декларация Всемирной медицинской ассоциации указывает на то, что «при получении согласия при ознакомлении с больным врач должен учитывать, что больной может чувствовать некоторую зависимость и дать согласие под давлением; в этом случае согласие при ознакомлении с пациентом должно получать незаинтересованное лицо, врач, не участвующий в исследовании».

Как указывают канадские правоведы, «обязанность врача получить согласие пациента основана на этических принципах независимости личности и уважения к человеку».

Согласие – это «автономное допущение медицинского вмешательства... пациентом».

Согласие может быть прямым и выразаться в письменной или устной форме или косвенным. Косвенное согласие должно выражаться в совершении действий, свидетельствующих о желании подвергнуться медицинскому лечению. Стоит обратить внимание, что под косвенным согласием в западной литературе не понимается невыражение несогла-

сия. Презумпция «молчание – знак согласия» неприемлема в области медицинского воздействия и тем более проведения медицинского эксперимента.

Проблемы получения согласия достаточно серьезны, чтобы придать им законодательное регулирование. Например, в Канаде эти вопросы регулируются муниципальным законодательством: в 1996 г. в Онтарио принят акт, который определяет элементы согласия, описывает, как определяется способность пациента дать это согласие, позволяет пациентам оспаривать признание их неспособными и регламентирует, кто может дать согласие вместо больного, если он на это не способен.

В США и Канаде существует значительная прецедентная база для решения вопросов получения согласия, когда от самого больного получить его невозможно.

Например, г-н N., 85 лет, ухаживал за своей женой, которая страдала болезнью Альцгеймера. В то же время г-ну N. была рекомендована операция, так как у него самого была выявлена аневризма брюшной аорты размером 8,5 см. При этом один из врачей сообщил г-ну N., что он «едва ли выживет после операции», поэтому г-н N. решил рискнуть и отказался от операции, так как хотел иметь возможность продолжать ежедневно ухаживать за женой. Тем не менее он договорился с хирургом, что при следующем посещении они вернутся к обсуждению возможности операции. Следующий визит не состоялся. Г-н N. был доставлен в больницу в тяжелом состоянии. Единственной возможностью спасти ему жизнь было все же проведение той операции, от которой он отказался в предыдущий раз. В такой ситуации, когда повторно испросить согласия невозможно, проведение операции возможно, более того, необходимо, так как в предыдущий раз г-н N. отказался не от самой операции, а от возможности оставить жену без присмотра. Понятно, что в случае его смерти ухаживать за женой он уже не сможет, а прямого отказа от операции как от метода лечения пациент не дал. Таково мнение специалистов Канадской медицинской ассоциации.

Если в США и Канаде большое значение придается судебной практике, то в Австралии в 1995 г. был принят закон, называющийся «Акт о согласии на лечение и паллиативный уход». Этим актом создана система защиты врача от возможного привлечения к ответственности за неполучение согласия пациента на то или иное лечение, если согласие получить невозможно и врач действует на свой страх и риск.

Кроме того, что с пациентом предварительно можно оговорить, на что он согласен, если болезнь примет то или иное течение, для случаев, которые заранее предвидеть невозможно, пациент назначает представителя, с которым заключается соответствующий договор. Этот представитель называется «медицинский агент», и именно он принимает решение, если пациент не способен выразить свою волю.

Кстати, этим же актом установлено, что врач не обязан принимать меры по поддержанию жизни умирающих пациентов, если нет перспективы ее сохранения.

Можно соглашаться или не соглашаться с таким подходом к лечению на уровне государства, но очевидно, что в такой ситуации с врача в значительной степени снимается ответственность по принятию решения за пациента.

Существуют некоторые болезни, при лечении которых приходится насильно вторгаться в личную жизнь пациента. Одной из таких болезней является анорексия. Как эти проблемы решаются в зарубежном праве?

Этот вопрос недавно рассматривался, в частности, в австралийском правовом журнале «The Law Institute Journal» (ноябрь 2001 г.).

Дело в том, что при подобных заболеваниях возникает конфликт между правом человека на личную автономию и телесную неприкосновенность и обязанностью государства вмешаться, когда здоровью человека грозит опасность.

При подобных заболеваниях человек чаще всего отказывается от лечения, не соблюдает рекомендации врачей. Можно ли его заставить лечиться и применить нормы о принудительной госпитализации? Ведь такие заболевания, как анорексия, не создают никакой опасности для окружающих?

Зарубежное законодательство и судебная практика (в прецедентной системе) по-разному подходят к решению данной проблемы.

Например, в Австралии для решения этого вопроса обращаются к Акту о психических заболеваниях, в котором установлены критерии для признания пациента подлежащим принудительной госпитализации. Такими критериями являются в совокупности: 1) психическое заболевание; 2) при данном заболевании требуется немедленное лечение и это лечение можно предоставить; 3) принудительное лечение нужно для собственной безопасности пациента; 4) пациент отказывается дать согласие или не может его дать из-за своего заболевания; 5) никаким другим путем, менее травматичным, чем принудительная госпитализация, вылечить человека нельзя.

В Австралии создается Совет по проверке психического здоровья, который и определяет, соответствует ли состояние пациента указанным критериям.

Следует отметить, что в отношении больных анорексией практика Совета разнообразна. Например, в одном случае Совет счел женщину психически нездоровой и подлежащей принудительному лечению – она теряла в весе, страшно боялась достигнуть нормального для ее роста и возраста телосложения, будучи ненормально истощенной, казалась себе чересчур полной и т.п. В другом же случае, позднее, Совет не позволил подвергнуть 23-летнюю пациентку принудительному лечению, хотя она была признана психически нездоровой и для спасения ее жизни требовалось немедленное лечение. Совет признал, что она была способна осознавать значение своих действий, когда отказывалась от госпитализации. И это сыграло решающую роль.

Для заметок:

Комиссия по психическим заболеваниям Соединенного Королевства придерживается иного мнения: по данным проведенных в Англии исследований, принудительное лечение анорексии не приводит к положительным результатам. В исследовании участвовали две группы пациентов: добровольно и принудительно госпитализированные. Участники второй группы медленнее выздоравливали и скорее умирали после окончания лечения. Таким образом, Комиссия пришла к выводу, что с учетом долгосрочных целей системы здравоохранения принудительные меры несостоятельны.

Исследования же в США показали, что те пациенты, которые однажды подверглись принудительному лечению, скорее осознают его необходимость в будущем, чем и оправдывается принудительная госпитализация людей, страдающих анорексией.

НОВОЕ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ

Штраф за лечение. Принят, но еще не вступил в действие новый Кодекс об административных правонарушениях, в статье 6.2 которого установлена административная ответственность за занятие частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью без лицензии, а также за занятие народной медициной (целительством) с нарушением закона. Видимо, данная статья введена в преддверии федеральных законов, регламентирующих эти виды деятельности (на федеральном уровне таких законов пока нет, хотя есть на уровне субъектов). Впрочем, порядок получения лицензии установлен в Положении о лицензировании медицинской деятельности, утвержденном Постановлением Правительства от 21 мая 2001 г. В перечень лицензируемых видов деятельности входят в том числе и методы «традиционной» медицины: гомеопатия, мануальная терапия, натуротерапия и т.п. В связи с этим с 1 июля 2002 г. за указанные нарушения будет взиматься штраф в размере от 15 до 20 минимальных размеров оплаты труда.

Приняты также следующие документы:

Приказ Минздрава России № 448 и РАМН № 104 от 13 декабря 2001 г. «Об утверждении перечня органов человека – объектов трансплантации и перечня учреждений здравоохранения, которым разрешено осуществлять трансплантацию органов».

Приказ Минздрава России от 20 декабря 2001 г. № 460 «Об утверждении инструкции о констатации момента смерти человека на основании диагноза смерти мозга».

Постановление Правительства РФ от 17 января 2002 г. № 19 «Об утверждении перечня важнейшей и жизненно необходимой медицинской техники, реализация которой на территории РФ не подлежит обложению НДС».

Российская газета, №13, от 23.01.2002.