

**ДОГОВІР ПРО НАДАННЯ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ
ТА ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА МЕДИЧНЕ ВТРУЧАННЯ —
ВАЖЛИВІ СКЛАДОВІ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРИВАТНОЇ
СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ**

Бедрик Ірина Олексіївна,

Стоматологічний Центр Посмішки (м. Київ)

Радиш Любов Ярославівна,

Львівський клінічний госпіталь Державної Прикордонної служби України

З проголошенням самостійного державного розвитку в Україні розпочався процес оновлення всього суспільного життя. Це було зумовлено, насамперед, тим, що змінювалися економічна, соціальна і політична системи країни.

Україна стала незалежною, суверенною і демократичною державою. Продовжується формування організаційних та правових засад ринкової економіки. Сформовано, в основному, недержавний сектор економіки, фінансову, грошову, бюджетну, банківську, митну та інші системи, які в сукупності визначають економічну інфраструктуру незалежності держави. Закладено правову базу для розвитку ринкових відносин. У народному господарстві продовжує відбуватися зміна форм власності. Україна дедалі більше зміцнює свою незалежність.

Докорінно перебудовано економічні функції держави. Замість системи директивного управління сформовано основні важелі та інструменти державного макро-економічного регулювання.

Важливим підсумком попереднього етапу становлення країни стало подолання тривалої руйнівної економічної кризи 1990–1999 рр., але інерційність кризової ситуації вимагає більш активних дій щодо її кінцевого подолання.

На початку 90-х років Україна за своїм економічним потенціалом, і найголовніше, готовністю населення до здійснення реформ могла стати лідером серед країн Європи, але, на жаль, опинилася далеко позаду від них. Це стало наслідком дезінтеграційних і деструктивних процесів, що охопили усі сфери життєдіяльності суспільства протягом майже десятиріччя, а також хаотичного підходу до здійснення реформ, їх суперечливості та структурної незавершеності, непослідовності, суперечливості політики та слабкості влади, антисистемності й контрпродуктивності політичного процесу. Перехід України до ринку збігся зі зміною орієнтирів у розвитку світової економіки, її соціально-економічними, правовими й інституційними перетвореннями. Спокуса скористатися глобальними системними зрушеннями та благополучно оминати хворобливий етап трансформації директивної економіки в ринкову, опинитися в ній з усіма супутніми їй інституційними елементами стала вихідною причиною парадоксу, який знаходиться в галузі теорії реформування і практики її застосування у країнах з перехідною економікою. Цю ситуацію точно та образно описав французький інституаліст Робер Буайє в книзі “Теорія регуляції”, відзначаючи, що заборона комуністичної партії, відмова від планування і приватизація автоматично не призводять до виникнення ринкової динаміки. Зовсім навпаки, виникає нерівність у доступі до ресурсів, до інформації, до політичної влади, що створює сприятливі умови для нових монополій [11].

Тривалий спад виробництва унеможливив досягнення відчутних зрушень у соціальной політиці. З 1994 по 1999 рр. знижувався життєвий рівень населення України. Обсяг внутрішнього валового продукту (ВВП) на душу населення складав 1910 дол. США. У 1999 р. він знизився до 620 дол. США. Надмірна диференціація доходів населення (середньодушові доходи 10% найбагатших родин перевищували доходи найбідніших у 15 разів; діапазон коштів, що були зароблені, характеризувався співвідношенням 1:100), штучне зниження вартості робочої сили (як і низький рівень соціальних витрат) переросли в один з головних чинників, які стримували розширення внутрішнього ринку, технологічне оновлення виробництва. Були повністю розбалансовані грошова та фінансова системи. Особливо болісними виявилися наслідки найвищої у світі гіперінфляції, яка в 1993 р. досягла 10256% [9, 11].

У третє тисячоліття Україна вступила вже не 50-мільйонною країною: чисельність населення у 2001 р. становила 49,3 млн. осіб, але на початок 2007 р. знизилася до 46,5 млн. осіб. Внаслідок негативних демографічних тенденцій наше населення щороку зменшується в середньому на 400 тис. осіб (0,8%). У 1999 р. було зареєстровано 500 млн. 800 тис. відвідувань лікувальних установ, тобто фактично кожен мешканець країни звернувся за медичною допомогою не менше 10 разів на рік. Якщо на початок 90-х років Україна за показниками здоров'я посідала 40 місце у світі, то на сьогодні вона перемістилася вже до другої сотні. Помітна стійка тенденція до зростання кількості захворювань за різними класами хвороб. На кінець 2000 року кількість захворювань порівняно з 1990 р. зросла вже більш, ніж удвічі. Протягом 2000–2002 рр. відбулися позитивні зрушення в економічній сфері. Це підтверджується високими темпами економічного зростання: обсяг валового продукту зріс на 9,1%, промислового виробництва — на 14,2, сільськогосподарського — на 9,9, а також стабільністю національної грошової одиниці, хоча інфляційні ризики в економіці збереглися [6].

На сучасному етапі інтеграції України до Європейського Союзу реальним стає рух нашої держави до стандартів діючої демократії й цивілізованого, соціально-орієнтованого суспільства. В таких умовах чітких обрисів набуває спрямування української системи охорони здоров'я на досягнення нею сучасного світового рівня в правовому регулюванні.

Як стверджує Р.Ю. Гревцова, а ми поділяємо її думку, відносини лікар-пацієнт є центральними в системі відносин у галузі охорони здоров'я. Чимало питань, які виникають у стосунках між лікарем і пацієнтом, знаходяться у правовій площині [2, 3] та регулюються цілою низкою нормативно-правових актів. Так, відповідно до статті 39 Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я”, — лікар зобов'язаний пояснити пацієнтові в доступній формі стан його здоров'я, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі наявності ризику для життя і здоров'я. У статті 43 цього ж Закону стверджується, що у невідкладних випадках, коли реальна загроза життю хворого є наявною, згода хворого або його законних представників на медичне втручання не потрібна. Якщо ж відсутність згоди може призвести до тяжких для пацієнта наслідків, лікар зобов'язаний йому це пояснити. Якщо і після цього пацієнт відмовляється від лікування, лікар має право взяти від нього письмове підтвердження, а при неможливості його одержання — засвідчити відмову відповідним документом у присутності свідків [5, 7].

Крім того, як стверджує С.В. Антонов, згідно з Законом України “Про захист прав споживачів” [4] медична організація (лікар-приватний підприємець) як вико-

навець послуг зобов'язана вчасно надавати споживачеві необхідну, повну і достовірну інформацію про послуги ще й для того, щоб забезпечити право споживача на вибір медичного закладу та лікуючого лікаря. Однак основним завданням інформації про послугу є забезпечення компетентного вибору послуги. Чинним законодавством України не визначено форми та обсяги інформування пацієнтів щодо медичних втручань. Вітчизняні медичні заклади змушені самостійно розробляти форми інформованих згод та інших документів, за допомогою яких фіксується факт такого інформування. На переконання С.В.Антонова, на практиці пацієнт може відмовитись навіть від уже запланованого на конкретну дату медичного втручання. Такі норми закону фактично дають пацієнтові більше можливостей для розірвання договору [1, с. 21].

Не можна не погодитися з думкою одного з керівників Медичного центру “БО-НАМЕД” Д.Ю. Меднісом про те, що якщо порівняти відношення лікаря та його хворого до медичного втручання, то **a priori** вважається, що стосовно медичного працівника діє презумпція компетентності (див. рисунок). Тобто лікар має всі необхідні професійні знання щодо майбутнього медичного втручання, стану здоров'я пацієнта та можливих наслідків проведення лікування. Під компетентністю лікаря також розуміється його здатність довести до хворого інформацію про медичне втручання в доступній формі [8, с. 77].

Відношення лікаря і пацієнта до медичного втручання

З іншого боку, як стверджує цитований вище Д.Ю.Медніс, для людини, яка приймає рішення щодо допуску до свого організму медичного працівника, повинна діяти презумпція некомпетентності. Тобто лікар насамперед виходить з припущення, що пацієнт майже нічого не розуміє відносно майбутніх медичних заходів та із засвоєнням необхідної інформації можуть бути певні проблеми (див. рис. 1). Некомпетентність може мати різну природу і тривалість в часі, наприклад, коли пацієнт має особливості розвитку своєї особи (інфантилізм) або знаходиться під впливом сильнодіючих ліків. Лікар повинен переконатися, що пацієнт вірно оцінює реальні можливості медицини, медичні та соціальні (наприклад, час відновлення працездатності) наслідки медичних втручань [8].

Відповідно до статей 6 та 627 Цивільного Кодексу (далі — ЦК) України [10], сторони є вільними при укладанні договору, виборі контрагентів або визначенні умов договору з урахуванням вимог ЦК, інших актів цивільного законодавства, звичаїв ділового обороту, а також вимог розумності та справедливості [1, с. 19].

Лікарська освіта та достатній практичний досвід авторів публікації дають їм право стверджувати, що договір лікаря і пацієнта на виконання тих чи інших платних медичних послуг доцільно оформляти у письмовій формі. На глибоке переконання автора, письмовий варіант договору на виконання платного стоматологічного втручання має низку вагомих переваг, серед яких виокремимо наступні:

— дисциплінування пацієнта та лікаря-стоматолога при прийнятті рішення щодо медичного втручання. Ставлячи підпис під документом фізична особа (і лікар, і пацієнт), розуміє, що підписаний нею документ має певну юридичну силу;

— лікар-стоматолог має можливість заздалегідь підготувати письмову форму угоди, передбачивши та врахувавши всі можливі варіанти розвитку подій;

— пацієнт має можливість уважно ознайомитися з запропонованими методами втручання, їх можливими наслідками та ціною. При цьому пацієнт може задати питання та отримати на них відповіді щодо ризику втручання, виникнення ускладнень тощо;

— при виникненні будь-якої конфліктної ситуації, обидві договірні сторони зможуть чітко скористатися саме тією інформацією, яка зафіксована у письмовому варіанті згоди пацієнта на медичне втручання;

— можливість використання письмової форми договору про надання платних медичних послуг у досудових та судових інстанціях;

— документ може містити корисні додатки: порядок розрахунків, строки виконання втручань тощо.

Грунтуючись на викладеному вище, робимо висновок про те, що формами письмової згоди пацієнта на те чи інше платне стоматологічне втручання можуть бути:

- *підпис пацієнта в амбулаторній картці під записом лікаря про проведене медичне втручання.* Найбільш поширений спосіб фіксації інформованої згоди. Доцільно використовувати при проведенні планових досліджень та втручань, які можуть мати мінімальні ускладнення для пацієнта. Недоліком такого методу є те, що лікар практично не в змозі описати в медичній картці всі переваги та недоліки запропонованого методу втручання, та інші клінічні аспекти, включаючи й юридичні. Як правило, запис у медичній картці містить наступну інформацію: загальний стан та стан стоматологічного здоров'я, запропонований план обстеження та лікування, скарги, деякі анамнестичні данні, діагноз, описання методу лікування, фіксація наступної дати візиту. Слід наголосити на тому, що опис вищевказаних пунктів здійснюється після проведення медичного втручання, а пацієнт дає попередню усну згоду, що є суттєвим недоліком такого методу. Оскільки підпис пацієнта в медичній картці найбільш широко використовується в практиці приватних медичних закладів, адміністрація повинна взяти за правило не проводити остаточних розрахунків пацієнта за прийом без описаної медичної картки;

- *підписання документу інформованої згоди, що є додатком до медичної картки, чи до договору про надання медичних послуг.* Дану форму найбільш доцільно використовувати при здійсненні окремих втручань, які, як правило проводяться одноразово. Наприклад, атипове видалення зуба. Медичний заклад у своєму арсеналі повинен мати стандартні форми інформованих згод на певні види втручань. Якщо такі форми з самого початку вірно складені, лікарю потрібно лише уважно заповнити відповідні пункти;

- *договір про надання платних медичних послуг.* Найбільш зручний спосіб угоди в тому випадку, коли до приватного стоматологічного лікувально-профілактичного закладу звертається пацієнт з великим обсягом роботи (наприклад, протезуванням).

У практичній діяльності приватного лікаря-стоматолога часто виникають ситуації, коли йому необхідно визначитися: хто має право підпису договору про надання платних медичних послуг чи інформованої згоди пацієнта на медичне втручання? Нижче у табл. 1 нами подано інформацію з приводу відповіді на поставлене вище запитання.

Як свідчить власний практичний досвід, зазвичай менеджери чи керівники медичних закладів важко запроваджують у повсякденну діяльність додаткові “па-

Хто має право підпису договору про надання платних медичних послуг та інформованої згоди пацієнта на медичне втручання

Вік та стан пацієнта	Посилання на Закон	Згода
0–14 років	Стаття 43 “Основи законодавства України про охорону здоров’я”	За згодою законних представників
14–15 років	Стаття 43 “Основи законодавства України про охорону здоров’я” Стаття 284 Цивільного Кодексу України	Згода неповнолітнього та згода законних представників
15–18 років (неповна цивільна дієздатність)	Стаття 43 “Основи законодавства України про охорону здоров’я” Стаття 34, 284 Цивільного Кодексу України	Якщо неповнолітня особа самостійно оплачує платні стоматологічні послуги, наприклад з стипендії, необхідна лише її згода. В інших випадках потрібна додаткова згода батьків чи законних представників
Дієздатна фізична особа, яка оплачує сама своє лікування	Стаття 43 “Основи законодавства України про охорону здоров’я”	Згода дієздатної фізичної особи
Дієздатна фізична особа, яка не оплачує сама своє лікування (набуває дії договір на користь третьої особи)	Стаття 43 “Основи законодавства України про охорону здоров’я” Стаття 34, 284, 634 Цивільного Кодексу України	Згода дієздатної фізичної особи та згода замовника медичних послуг
Недієздатний пацієнт (визнаний в установленому законом порядку)	Стаття 43 “Основи законодавства України про охорону здоров’я”	За згодою законних представників

пірці”. Практикуючі лікарі-стоматологи та адміністратори медичних закладів говорять про гори медичної звітності, які вони змушені заповнювати, а лишня бюрократична тяганина, як відомо, їм ні до чого. Саме тому, базуючись на власному практичному досвіді, переконливо стверджуємо: головний урок, який повинні добре засвоїти лікарі приватних стоматологічних клінік полягає в тому, що ніколи не повинно бути ніяких підстав для неотримання інформованої згоди пацієнта на медичне втручання. Інформована згода на проведення будь-якого медичного втручання повинна бути отримана завжди!

Виходячи з власного практичного досвіду, з метою стандартизації дій лікарів-стоматологів, що спрямовані на отримання інформованої згоди пацієнтів на ті чи інші стоматологічні втручання, усіх пацієнтів, які звертаються до приватного медичного підприємства “Стоматологічний Центр Посмішки”, ми умовно розділили на 3 категорії (див. табл. 2), визначивши для кожної з них відповідні, на наше переконання, стандартизовані дії лікарів-стоматологів. Ми впевнені, що використання запропонованого підходу дозволить значною мірою виключити можливі недоліки в роботі лікарів приватних стоматологічних клінік.

**Стан пацієнта та дії лікаря-стоматолога
з отримання інформованої згоди на медичне втручання**

№ п/п	Характеристика стану пацієнта	Дії лікаря-стоматолога, що спрямовані на отримання інформованої згоди:
1.	Пацієнт звернувся до медичного центру з приводу планового лікування та санації порожнини рота	1. Усне інформування пацієнта та отримання усної згоди. 2. Заповнення медичної картки з записом плану обстеження та лікування. 3. Підготовка договору на проведення медичного втручання.
2.	Пацієнт звернувся до медичного центру для проведення 1–2-х маніпуляцій, що пов'язані з великим ризиком для його здоров'я.	1. Усне інформування пацієнта та отримання усної згоди. 2. Заповнення медичної картки з записом плану обстеження та лікування. 3. Письмова інформована згода пацієнта.
3.	Пацієнт одноразово звертається в медичний центр або ж періодично проходить певні стандартні маніпуляції, непов'язані з ризиком для його здоров'я.	1. Усне інформування пацієнта та отримання усної згоди. 2. Заповнення медичної картки. 3. Запис у медичній картці з обов'язковим підписом пацієнта.

Література

1. Антонов С.В. Договір про надання платних медичних послуг: від укладення до виконання // Управління закладом охорони здоров'я. — 2007. — № 3. — С. 18–23.
2. Гревцова Р.Ю. Інформована згода пацієнта на медичне втручання: юридичні аспекти отримання і оформлення // Управління закладом охорони здоров'я. — 2007. — № 3. — С. 12–17.
3. Гревцова Р.Ю. Правові питання відносин між лікарем і пацієнтом // Therapia. Український медичний вісник, 2007. — № 7–8. — С. 77.
4. Закон України “Про захист прав споживачів” від 12 травня 1991 р. № 1023-XII (нова редакція від 1 грудня 2005 р.) // web@rada.gov.ua.
5. Закон України № 2801-XII від 19.11.1992 р. “Основи законодавства України про охорону здоров'я” // Стоматологія: Нормативне виробничо-практичне видання. — К.: МНІАЦ медичної статистики: МВЦ “Медінформ”, 2004. — С. 7–20.
6. Крисаченко В.С., Мостяєв О.І. Україна: природа і люди. — К.: НІСД, 2002. — 623 с.
7. Медичне право України: Збірник нормативно-правових актів / Упоряд. і наук. ред. Н.Б.Болотіна. — К.: Видавничий Дім “Ін Юре”, 2001. — 412 с.
8. Медніс Д.Ю. До питання дієздатності пацієнта під час оформлення згоди на медичне втручання // Перший Всеукраїнський конгрес з медичного права і соціальної політики 14–15 квітня 2007 року, м. Київ: Збірник тез доповідей / Упор. к.ю.н. Гревцова Р.Ю., д.м.н. Степаненко А.В. — Київ: Видавничий дім “Авіцена”, 2007. — с. 76–77.
9. Стратегії розвитку України: теорія і практика / За ред. О.С. Власика. — К.: НІСД, 2002. — 864 с.
10. Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 р. // web@rada.gov.ua.
11. Шантала О. Курортно-рекреаційна система України: шляхи формування, проблеми і перспективи розвитку // Вісник УАДУ. — 2001. — №4. — С. 254–260.