

КОНСТИТУЦИОННОЕ ПРАВО НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В РОССИИ: СОДЕРЖАНИЕ И ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ

Нудненко Лидия Алексеевна,
Российская академия правосудия

Право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь гарантировано статьей 41 Конституции Российской Федерации в соответствии со статьей 25 Всеобщей декларации прав человека от 10 декабря 1948 г. и статьей 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах от 19 декабря 1966 г. Данное право конкретизировано Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. (в ред. от 07. 03. 2005 г.)

Содержание конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь в концентрированном виде выражается в его принципах, которыми являются: соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан; доступность медико-социальной помощи; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья.

В праве, закрепленном статьей 41 Конституции Российской Федерации можно выделить две составные части: охрану здоровья и медицинскую помощь. Они не равнозначны, а соотносятся как общее и частное. При этом общим является право на охрану здоровья, а частным — право на медицинскую помощь. Этот вывод подтверждается анализом Основ законодательства РФ об охране здоровья, которые в качестве составных частей права на охрану здоровья включают право граждан на информацию о факторах, влияющих на здоровье, а также право на медико-социальную помощь.

Здоровье представляет собой не только отсутствие болезней и физических дефектов, но и состояние полного физического, душевного и социального благополучия. Охрана здоровья граждан — это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемиологического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Право на медицинскую помощь как часть права на охрану здоровья, гарантирует индивиду широкий спектр публично-властных и частных мероприятий по сохранению и укреплению его здоровья, независимо от того, имеет или не имеет место утрата здоровья или его расстройство. В настоящее время на охрану здоровья граждан России тратится примерно 3 процента ВВП, в то время как в развитых странах эта цифра в 2–3 раза больше. Предварительные оценки показывают, что в России на эту цель нужно выделять не менее 6–7 процентов ВВП.

Актуальной является проблема оплаты труда работников здравоохранения. В настоящее время имеет место уравниловка. Зарплата врачей первичного звена в 2007 году увеличена на 10000 рублей в месяц, медсестер, работающих с ними, на 5 тысяч рублей. Полагаем, что все дальнейшие повышения должны быть жестко ин-

дивидуализированы на основе объективных критериев, которые предстоит разработать и внедрить. Например, в Великобритании работа врача оценивается по 200 параметрам.

Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь может рассматриваться как правоотношение, для которого характерно наличие субъектов, объектов, субъективных прав и юридических обязанностей.

Субъектами данных правоотношений согласно статье 41 Конституции Российской Федерации являются управомоченные и правообязанные лица. К первым относятся все индивиды, находящиеся на территории российского государства: граждане Российской Федерации, иностранные граждане, лица без гражданства. В число вторых входят Российская Федерация, органы государственной власти Российской Федерации, субъекты Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, муниципальные образования, органы местного самоуправления, государственные, муниципальные учреждения и организации соответствующего уровня.

Анализ Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. (в ред. от 18.10.2007 г.) позволяет к числу правообязанных субъектов отнести также негосударственные медицинские учреждения, медицинских работников, а также частных лиц, которые обязаны перечислять взносы в фонды обязательного медицинского страхования.

Объектами правоотношения по охране здоровья могут быть материальные и нематериальные блага, действия субъектов, их результаты, официальные документы и т.д.

В действующем законодательстве особое внимание уделено субъективным правам пациента. При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- 1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- 2) выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) 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 сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 61 настоящих Основ;
- 7) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 32 настоящих Основ;
- 8) отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 33 настоящих Основ;
- 9) получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья в соответствии со статьей 31 настоящих Основ, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

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

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

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

13) допуск к нему 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.

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 профессиональные медицинские ассоциации либо в суд.

14) Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

15) Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста, установленного частью второй статьи 24 настоящих Основ, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

Помимо перечисленных прав пациентов, характерных для содержания конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь всех индивидов, Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья регулируют права отдельных групп населения в области охраны здоровья.

В их числе права: семьи; беременных женщин и матерей; несовершеннолетних; военнослужащих; лиц, задержанных, отбывающих наказание в виде ограничения свободы, ареста, заключенных под стражу, отбывающих наказание в местах лишения свободы либо административный арест.

Для каждой категории субъектов права на охрану здоровья и медицинскую помощь характерны особенности в реализации этого права. Так, семья по договоренности всех ее совместно проживающих совершеннолетних членов имеет право на выбор врача общей практики (семейного врача), который обеспечивает ей медицинскую помощь по месту жительства.

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.

В реализации прав этих категорий субъектов права на охрану здоровья и медицинскую помощь имеют место проблемы. Так, в России отсутствует персонализированный учет федеральных льготников. До сих пор нет реестра новорожденных, в котором должно регистрироваться все, что связано с их здоровьем, медицинским обслуживанием. Беспристрастный компьютер должен сигнализировать, что ребенок вовремя не был вакцинирован, пропустил срок диспансерного обследования и т.д. Составление и ведение такого реестра условие успешной реализации права на охрану здоровья детей [1].

Требуются новые подходы к положению инвалидов. Здесь также отсутствует единый реестр, индивидуальные программы реабилитации. Необходимо исправление ошибки, допущенной при принятии Федерального закона №122, когда критерием инвалидности стала “степень утраты трудоспособности”. Сотни тысяч людей из-за этого потеряли в размере выплачиваемой пенсии, оказались лишенными работы, а, следовательно, надежд на социализацию.

Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Граждане реализуют право на бесплатную медицинскую помощь на основе страхового медицинского полиса обязательного страхования. В соответствии с Законом “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации” от 28 июня 1991 г. (в ред. от 21.12. 2004 г.) экстренная медицинская помощь должна оказываться вне зависимости от наличия у пациента страхового полиса, поскольку она финансируется за счет государственного бюджета. Поэтому отказ от оказания такой помощи является явным нарушением Закона.

Система обязательного медицинского страхования в юридической и публицистической литературе оценивается критически. По мнению специалистов, она выгодна только сотрудникам самого фонда ОМС. Что касается рядовых граждан, то их положение ухудшилось:

- 1) без полиса обязательного медицинского страхования трудно вызвать на дом даже скорую медицинскую помощь;
- 2) если Вы заболели не дома, а в другом городе, то госпитализация проблематична, так как получить деньги за иногороднего весьма сложно для главного врача больницы [2].

В результате встречаются такие случаи, как в городе Тихорецке, где врачи муниципальной больницы отказались госпитализировать рабочего местного завода из-за отсутствия у того городской прописки. После этого пациента доставили в районную больницу, однако, время было упущено и мужчина скончался [3].

Граждане имеют право и на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования в соответствии с Законом РСФСР “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников.

В России растет количество обращений на нарушение конституционного права на медицинское обслуживание. Так, только за первую половину 2006 года количество жалоб превысило 3 тысячи. В судебные инстанции передается до 800 дел ежегодно. Обычный размер компенсации при причинении тяжкого вреда здоровью пациента и даже его гибели — 10–12 тысяч рублей. Это при том, что до суда доходят наиболее вопиющие, громкие дела. Исключением из общего правила стало судебное решение Верховного Суда Российской Федерации. В 2001 году в одном из родовых из-за инфицирования погибли мама и ее новорожденная дочка. Судебное разбирательство длилось пять лет, дело слушалось в 47 судебных заседаниях. Было опрошено 50 человек (свидетелей, специалистов, экспертов), проведено восемь экспертиз, включая судебно-медицинскую, ДНК и судебно-техническую для установления подлинности документов. В итоге родственники получают компенсацию от лечебного учреждения 1 млн. 600 000 рублей.

Вместе с тем, порядка 80% врачебных ошибок, по экспертным оценкам, остаются безнаказанными. Не случайно все чаще звучат предложения принять закон о защите прав пациентов, ввести обязательное страхование ответственности врача [4].

Проблема оценки правильности постановки диагноза и назначенного пациенту лечения объективно сложна. Сам пациент не имеет специальных знаний, а потому может оценить лишь две составляющие качества медицинской помощи: сервис (внимательное отношение, обстановка в клинике) и информированность (объяснил ли доктор, зачем нужен тот или иной анализ). Проверить правильность лечения может лишь специальная экспертиза. Однако экспертизу проводят коллеги врачей, подозреваемых в причинении вреда. Вряд ли можно рассчитывать на объективность заключения клинично-экспертной комиссии при территориальном здравоохранении, если именно он курирует работу всей местной медицины и, разумеется, отвечает за ее качество. Поэтому необходим институт независимой судебно-медицинской экспертизы [5]. Для этого данный институт не должен, по нашему мнению, входить в структуру Минздравсоцразвития.

Шагом на пути совершенствования правовой основы реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь является утверждение приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 31.12.2006 года Административного регламента по контролю качества медицинской помощи. Данный документ уравнивает всех граждан в праве на получение современной качественной медицинской помощи.

К сожалению, в разных регионах разное здравоохранение, а значит и разная помощь. Впервые предприняты меры, направленные на то, чтобы каждый гражданин России, независимо от того, где он живет, какие у него материальные возможности, мог получить необходимый стандарт помощи. Административный регламент по контролю качества медицинской помощи предусматривает перечень диагностических и лечебных медицинских услуг для каждого вида помощи при конкретных заболеваниях. В нем определены количество, частота применения этих услуг, перечень используемых лекарств с указанием разовых и курсовых доз, дорогостоящих изделий медицинского назначения (включая имплантанты, эндопротезы и т.д.), пе-

речень компонентів крові і препаратів, ліцебного питания. И если данный приказ будет неуклонно соблюдаться, то уже нельзя будет при госпитализации требовать от пациента приносить в стационар свои лекарства. Это не укладывается в русло стандартов. Регионам дано право на установление собственных региональных стандартов. Но на уровне не ниже тех, что определены в административном регламенте.

Контроль за соблюдением стандартов включает в себя организацию и порядок оказания первичной медико-санитарной, скорой, специализированной помощи. Административный регламент предусматривает контроль за организацией медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Литература

1. См.: Гонтмахер Е. Большой скорее жив. // Российская газета. 2 октября 2007 г.
2. См.: Почему плачут главные врачи // Российская газета. 15.03.2007 г.
3. См.: Врачи прописали больного на кладбище // Российская газета. 14 марта 2007 г.
4. См.: Белая халатность // Российская газета. 30 марта 2007 г.
5. Там же.