



**ПРАКТИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
по вопросам защиты прав потребителей
при получении медицинских услуг**

Настоящее издание подготовлено Ассоциацией «Выбор потребителя» с использованием гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества, предоставленного Фондом президентских грантов (президентскиегранты.рф).

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Основные понятия, термины и определения	4
Право на бесплатную медицинскую помощь.....	6
Право на оказание платных медицинских услуг.....	14
Права пациентов.....	19
Ответственность за нарушение прав пациентов и защита прав пациентов.....	25
Краткая инструкция по составлению заявлений и претензий.....	26
Судебная защита прав пациентов.....	28
Приложение 1. Образцы жалоб и претензий	31

Аннотация

В данном практическом пособии содержится информация по вопросам защиты прав потребителей в сфере оказания медицинских услуг.

В пособии в краткой и доступной форме изложены основные требования правовых и нормативных документов, регламентирующих охрану здоровья граждан в Российской Федерации, разъяснены права и обязанности потребителя и медицинского учреждения при оказании платных медицинских услуг и услуг, оказываемых в рамках ОМС; описан порядок оказания медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения и частных медицинских организациях, приведены механизм разрешения конфликтных ситуаций, образцы претензий и исков, перечень адресов и телефонов организаций, оказывающих помощь потребителям в защите их прав.

Издание предназначено для горожан, специалистов службы по защите прав потребителей органов местного самоуправления и общественных организаций, ставящих своей целью защиту прав потребителей и оказание практической правовой помощи горожанам при возникновении жалоб и претензий в сфере оказания медицинских услуг.

Отпечатано в типографии ООО «РиКар»
Тираж 3000 экз., заказ № 200728/2

ВВЕДЕНИЕ

Каждый из нас имеет право лечиться бесплатно – это наше конституционное право. В статье 41 Конституции РФ написано: «Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующих бюджетов, страховых взносов, иных поступлений». Недавние изменения в главный закон страны, за внесение которых проголосовало большинство граждан закрепили новые требования – «обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формированию ответственного отношения граждан к своему здоровью».

Казалось бы, все просто, эти утверждения не имеет изъятий. Однако, на практике ситуация складывается сложнее. Законодательство в сфере охраны здоровья формируется из целого ряда федеральных законов и нормативных правовых актов Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, которые не то чтобы ставят под сомнение наше конституционное право на бесплатную медицинскую помощь, но вносят целый ряд ограничений и условий, при которых получение этой помощи возможно.

Одним из основных и наиболее полно раскрывающим отношения, возникающие в сфере охраны здоровья, является принятый еще в ноябре 2011 года Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Именно этот нормативный акт определяет правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан; права и обязанности каждого человека и отдельных групп населения в сфере охраны здоровья; полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья; права и обязанности медицинских организаций и иных учреждений, в том числе индивидуальных предпринимателей, при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья.

Разработка, а затем и принятие этого Закона, в свое время вызвали бурные обсуждения и споры в обществе. В частности, высказывались мнения, что данный закон излишне поощряет развитие платной системы здравоохранения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, нарушая тем самым конституционное право граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

В действительности же статья 19 Закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гласит: «Каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования».

На практике это право реализуется в рамках программы обязательного медицинского страхования (ОМС) на основании страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования.

Однако, не все медицинские услуги входят в программу обязательного медицинского страхования и могут быть предоставлены гражданам на бесплатной основе. Кроме этого, существует огромное число частных медицинских центров и клиник, услугами которых можно воспользоваться только на возмездной (платной) основе; активно предлагают платные медицинские услуги и государственные и муниципальные учреждения здравоохранения. И эти услуги на сегодняшний день достаточно востребованы и представляют собой отдельный сегмент потребительского рынка.

При этом, как свидетельствуют данные ежегодных опросов, проводимых общественными потребительскими организациями Союза потребителей РФ, претензии к качеству медицинских услуг по своему количеству занимают отнюдь не последнее место. Более того, потребители в большинстве своем совершенно не владеют информацией об объемах и порядке оказания бесплатной медицинской помощи; порядке и правилах оказания платных медицинских услуг; не знают своих прав при получении таких услуг, в частности, о том, что оказание медицинских услуг регламентируется Законом РФ «О защите прав потребителей»; не имеют представления о том, какие существуют механизмы защиты прав пациентов.

Задачей данного практического пособия как раз и является предоставление потребителю-пациенту максимально полной и четкой информации по данной тематике. Как нам кажется, целесообразнее начать излагать материал с информации, касающейся именно программы обязательного медицинского страхования, для того, чтобы читатели с самого начала имели представление о тех объемах бесплатной медицинской помощи, которыми они могут воспользоваться. Ведь платная система здравоохранения призвана в первую очередь дополнять, а не заменять собой возможность получения медицинской помощи, которая гарантирована нам Конституцией РФ.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Медицинская помощь– комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская услуга– медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Платные медицинские услуги – медицинские услуги, которые в соответствии с действующим законодательством не должны предоставляться за счет государственных бюджетных фондов и бюджетов субъектов РФ, а также все медицинские услуги, предусмотренные действующими отраслевыми классификаторами, которые предоставляются на возмездной основе по желанию граждан.

Медицинское вмешательство– выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Пациент– физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Права пациента– специфические права, производные от общегражданских политических, экономических, социальных и культурных прав человека, реализуемые при обращении и получении им медицинской помощи, а также в связи с его участием в биомедицинских исследованиях в качестве испытуемого при добровольном согласии.

Гарантия прав пациента– система правовых средств, установленных законом, обеспечивающих реализацию прав пациента.

Защита прав пациента – деятельность пациента или его представителя по выявлению и пресечению действий (бездействий) медицинских работников, нарушающих реализацию пациентом законных прав в сфере медицинских услуг.

Медицинская деятельность – профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Медицинская организация – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации; юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность; индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Страхователь – юридическое или дееспособное физическое лицо, заключающее со страховщиком договор страхования. Страхователями могут выступать или сами граждане, или предприятия, представляющие интересы граждан.

Застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное или добровольное медицинское страхование.

Страховщик – юридическое лицо, созданное для осуществления страховой деятельности, получившее в установленном порядке лицензию на право осуществления определенного вида (видов) страховой деятельности. В случае медицинского страхования – страховщиком в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования, является Федеральный фонд.

Страхование обеспечения – исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации, оказавшей эту помощь.

Страховой случай – совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу или третьим лицам. При медицинском страховании под страховым случаем понимают заболевание, травму, профилактические мероприятия и др.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

ПРАВО НА БЕСПЛАТНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

Право граждан на получение бесплатной медицинской помощи гарантируется Конституцией Российской Федерации. Реализуется это право в рамках программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Формой социальной защиты населения, предоставляющей возможность получить бесплатную медицинскую помощь, является обязательное медицинское страхование (ОМС).

Законодательство об обязательном медицинском страховании состоит из Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 16 июля 1999 года № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также законов субъектов Российской Федерации.

Для медицинского страхования, как и для любого другого вида страхования характерна договорная основа взаимоотношений между участниками – страховщиком, страхователем, медицинской организацией.

Вступивший в действие с 1 января 2011 года Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» внес существенные изменения в систему медицинского страхования в России, в том числе, касающиеся и распределения функциональных обязанностей и прав участников процесса обязательного медицинского страхования.

Субъекты и участники обязательного медицинского страхования

В соответствии с действующим ранее законодательством субъектами ОМС являлись страхователь (работодатель или орган исполнительной власти субъекта РФ), страховщик (страховые компании или территориальные фонды ОМС), медицинские учреждения и застрахованные лица (граждане). Взаимодействие между ними осуществлялось при помощи следующих договоров:

- страхователь и страховщик заключали Договор обязательного медицинского страхования в пользу третьей стороны – страхуемого гражданина;

- страховщик и медицинское учреждение заключали Договор на предоставление лечебно-профилактической помощи третьему лицу – страхуемому гражданину.

Таким образом, главному заинтересованному лицу – гражданину – отводилась пассивная роль.

На сегодняшний день субъектами ОМС признаются застрахованные лица (граждане), страхователи и Федеральный фонд. Для территориальных фондов и страховых медицинских организаций было введено понятие – участники обязательного медицинского страхования. При этом один из перечисленных субъектов – Федеральный фонд – выступает страховщиком, а участники обязательного медицинского страхования обеспечивают отдельные аспекты механизма ОМС.

Каковы же права и обязанности каждого из перечисленных субъектов и участников обязательного медицинского страхования?

Федеральный фонд – государственное некоммерческое учреждение, созданное Российской Федерацией для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования. В целом его полномочия сводятся к следующим:

- аккумуляция средств обязательного медицинского страхования и управление ими;

- установление форм отчетности и определение порядка ведения учета и отчетности оказанной медицинской помощи, в том числе, издание нормативно-правовых актов и методических указаний;

- контрольные функции и др.

Застрахованными лицами являются практически все категории граждан РФ, за исключением военнослужащих, а также иностранные граждане постоянно или временно проживающие в Российской Федерации, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным Законом «О беженцах».

Действующий закон отводит застрахованному лицу достаточно активную роль – право самому выбирать страховую организацию без участия страхователя. Для этого гражданину достаточно подать заявление в выбранную страховую компанию и оформить полис обязательного медицинского страхования. Законом также предоставлено право застрахованному лицу один раз в течение календарного года до 1 ноября поменять страховую компанию без объяснения причин. В случае же изменения места жительства или прекращения действия договора, это можно будет делать чаще.

Страхователями работающего населения выступают работодатели – организации, индивидуальные предприниматели, в том числе занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие. Для неработающего населения страхователями будут являться органы исполнительной власти субъекта РФ, для жителей нашего города – это Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. При этом круг обязанностей страхователей ограничивается обязанностями вставать на учет и своевременно и в полном объеме осуществлять страховые выплаты. Они не обязаны заключать

договор со страховой организацией и оформлять страховые полисы обязательного медицинского страхования для своих сотрудников, поскольку последним предоставлено право самостоятельно определяться с выбором страховой организации.

Относительно обязанностей организаций, которые в соответствии с законодательством относятся к участникам обязательного медицинского страхования, то они следующие:

Территориальные фонды, представляющие собой некоммерческие организации, созданные субъектами РФ, имеют правовое положение и полномочия аналогичные Федеральному фонду, с той лишь разницей, что действуют они на территории субъекта РФ, который представляют.

Более подробно хотелось бы остановиться на обязанностях страховых медицинских организаций.

Страховая медицинская организация (Страховщик) – это страховая организация, имеющая лицензию на право осуществления данного вида страхования. Права и обязанности этих организаций определены в договорах. При осуществлении обязательного медицинского страхования – это договор о финансовом обеспечении ОМС с территориальным фондом и договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с медицинской организацией.

Следует выделить следующие обязанности:

- оформление, переоформление и выдача полисов ОМС;
- ведение учета застрахованных лиц и выданных им полисов обязательного медицинского страхования;
- представление в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь;
- возвращение остатка целевых средств после расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в территориальный фонд;
- заключение с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- сбор, обработка данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между субъектами и участниками обязательного медицинского страхования.

Второй договор, как уже говорилось выше, страховая организация заключает с медицинскими учреждениями. По этому договору она обязана оплатить оказанную ими медицинскую помощь. В обязанности страховых организаций так же входит проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Таким образом, страховая медицинская компания является ответственной одновременно и за страховую составляющую услуги и за качество оказания медицинской услуги. Роль страховых медицинских организаций в защите прав потребителей мы рассмотрим в данном пособии позднее и более подробно.

К медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся организации, обладающие правом на осуществление медицинской деятельности и включенные в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Право на включение в Реестр имеют все медицинские учреждения: как организации независимо от формы собственности, так и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой. Для этого они должны направить уведомление в Территориальный фонд. Основанием для оказания деятельности выступает договор, заключенный медучреждением со страховой организацией. Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Санкт-Петербурга можно найти на сайте Территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга. Кроме того, медицинские учреждения также обязаны информировать своих пациентов о том, какие виды медицинской помощи они оказывают в рамках исполнения Территориальной программы ОМС.

Полис обязательного медицинского страхования

Документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории РФ, является полис обязательного медицинского страхования. Полис – это юридический документ, подтверждающий существование действующих в пользу предъявителя договоров на оказание бесплатной медицинской помощи. Оформляется и выдается этот документ страховой организацией.

Раньше полисы обязательного медицинского страхования оформлялись на определенный срок, по истечению которого их необходимо было заменить; требовалась замена полиса и в случаях, когда человек, к примеру, менял место работы, а соответственно и страховую медицинскую компанию. Действующим законодательством установлены иные требования к оформлению полисов и порядку их выдачи.

Правилами обязательного медицинского страхования установлены единые требования к оформлению полиса обязательного медицинского страхования. Теперь полис должен быть обеспечен федеральным электронным приложением, содержащимся в универсальной электронной карте, в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг». Постепенно вводятся в оборот полисы в форме пластиковой карты с электронным носителем, активно стали применяться универсальные электронные носители, например, Единая карта Петербуржца, на которую также могут быть занесены, а соответственно применены данные о медицинском полисе. Независимо от формы полиса (бумажный или электронный носитель) он, помимо сведений персональных данных и подписи застрахованного лица, а также контактной информации о страховой организации, обязательно должен обеспечивать возможность размещения сведений не менее чем о десяти случаях замены застрахованным лицом страховой медицинской организации. Электронный же полис, помимо электронного страхового приложения, обеспечивающего информацию о медицинских страховых организациях, с которыми были заключены договоры у застрахованного лица, будет содержать в

себе еще и медицинское электронное приложение. Электронное медицинское приложение должно обеспечивать хранение информации о застрахованном лице, необходимой для оказания ему медицинской, в том числе экстренной, помощи.

Все эти нововведения необходимы для того, чтобы вести персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи. Персонифицированный учет ведется в форме Единого регистра застрахованных лиц и в его формировании (сборе, обработке, передаче и хранении сведений) принимают участие практически все организации, занятые в обеспечении механизма обязательного медицинского страхования: территориальные фонды ОМС, территориальные органы Пенсионного фонда, страховые медицинские компании, медицинские организации.

Еще одним изменением, внесенным в законодательство об обязательном медицинском страховании, является то, что гражданам Российской Федерации, а также постоянно проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства полисы будут выдаваться без ограничения срока действия и необходимости следить за тем, чтобы твой полис «не закончился» больше не будет.

Объемы оказания бесплатной медицинской помощи

Обязательное медицинское страхование обеспечивает гражданам равные возможности в получении бесплатной медицинской и лекарственной помощи, но только в объемах и на условиях, определенных специальными государственными программами – программами обязательного медицинского страхования.

Существуют Базовая и Территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Базовая программа является частью Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Это программа федеральная, она ежегодно утверждается Правительством РФ. Её следует рассматривать как некоторый государственный стандарт, которые определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, а также критерии доступности и качества медицинской помощи. Права застрахованных лиц, установленные Базовой программой, являются едиными на территории Российской Федерации.

Основываясь на Базовой программе Правительство каждого субъекта РФ, в нашем случае Правительство Санкт-Петербурга, ежегодно утверждает Территориальную программу обязательного медицинского страхования.

Соотношение между Базовой и Территориальными программами таково, что объем услуг, предоставляемых согласно Территориальной программе, не может быть меньше того, который указан в Базовой программе. Фактическому исполнению подлежат именно Территориальные программы. Программы, принятые каждым из субъектов РФ, могут отличаться друг от друга как в большую, так и в меньшую сторону, но при этом от Базовой программы они могут отличаться только в большую сторону.

Таким образом, Базовая программа содержит виды медицинской помощи, гарантированные всем гражданам РФ по обязательному медицинскому страхованию, независимо от места их проживания, а Территориальные программы – виды медицинской помощи, гарантированные гражданам, проживающим на территории конкретного субъекта РФ, например, в Санкт-Петербурге.

Виды бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге

Виды и объемы бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге определены Законом Санкт-Петербурга от 19 декабря 2019 года № 682-150 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов».

В рамках ее реализации в Санкт-Петербурге бесплатно предоставляются:

- Первичная медико-санитарная помощь;
- Скорая медицинская помощь;
- Специализированная медицинская помощь.

Первичная медико-санитарная помощь включает в себя лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний, медицинскую профилактику важнейших заболеваний, санитарно-гигиеническое просвещение населения, осуществление мероприятий по проведению профилактических прививок, профилактических осмотров, диспансерное наблюдение детей, лиц с хроническими заболеваниями, а также проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам. Первичная медико-санитарная помощь оказывается гражданам в медицинских организациях государственной и частной систем здравоохранения, в том числе на дому.

Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, и других состояниях и заболеваниях), осуществляется безотлагательно медицинскими организациями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными её оказывать в виде первой помощи по закону.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий. Это могут быть хирургические виды медицинской помощи, в том числе трансплантация органов и тканей; сложные оперативные вмешательства; нейрохирургия; микрохирургия; реконструктивно-пластическая хирургия; травматология и ортопедия; отдельные виды терапевтической медицинской помощи, в том числе гематология, эндокринология; онкология, лучевая терапия; реанимация; неонатология (вынашивание недоношенных детей); лечение наследственных болезней, иммунного и неиммунного воспаления (поражения) у больных ревматоидным артритом, спондилопатиями, системной красной волчанкой.

При оказании медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан необходимыми лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в соответствии с федеральным законодательством и законодательством Санкт-Петербурга, в частности с Законом Санкт-Петербурга № 487-73 «О льготном обеспечении лекарственными средствами и бесплатном зубопротезировании отдельных категорий жителей Санкт-Петербурга».

За счет бюджета Санкт-Петербурга также осуществляются диспансеризация, в том числе профилактика и медицинское обслуживание; специализированная медицинская помощь при лечении бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий; специализированная медицинская помощь в центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков и медико-генетических центрах; вакцинопрофилактика декретированного контингента и населения по эпидемиологическим показаниям; проведение профилактических флюорографических обследований в целях выявления раннего заболевания туберкулезом; долечивание (реабилитация) работающих граждан, местом жительства которых является Санкт-Петербург, в условиях санатория непосредственно после стационарного лечения. Обеспечиваются содержание резервных коек в специализированных инфекционных стационарах, а также наличие в медицинских организациях лекарственных и иных средств, изделий медицинского назначения, иммунобиологических препаратов, дезинфекционных средств, донорской крови и ее компонентов.

Жители Санкт-Петербурга могут воспользоваться медицинскими и иными услугами за счет бюджета в таких государственных учреждениях как:

- в центрах органного и тканевого донорства;
- в центрах и отделениях профессиональной патологии;
- в санаториях, включая детские, а также в санаториях для детей с родителями;
- в бюро и отделениях судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы;
- в патолого-анатомических бюро;
- в медицинских информационно-аналитических центрах;
- на станциях и в отделениях переливания крови;
- в центрах крови;
- в амбулаториях;
- в домах ребенка, включая специализированные;
- в хосписах и отделениях-хосписах;
- в гериатрических лечебно-профилактических учреждениях и гериатрических центрах, отделениях и кабинетах;
- в больницах и отделениях сестринского ухода;
- в молочных кухнях;
- в отделениях соматопсихиатрии и психосоматики;
- в специализированных централизованных серологических, бактериологических, вирусологических, цитологических лабораториях;
- в лабораториях культуральной диагностики дерматомикозов;
- в лабораториях иммуногенетики и серологической диагностики.

Территориальная программа регламентирует не только виды и объемы оказания бесплатной медицинской помощи, но и определяет сроки получения этих услуг.

Условия оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения

При состоянии здоровья гражданина, требующем оказания экстренной медицинской помощи, его осмотр и лечебные мероприятия осуществляются незамедлительно медицинским работником, к которому он обратился, в том числе и при отсутствии полиса обязательного медицинского страхования.

В случае обращения по поводу острого заболевания или обострения хронического заболевания, первичная медико-санитарная помощь (при отсутствии экстренных показаний) оказывается в день обращения.

Срок ожидания плановой первичной медико-санитарной помощи при отсутствии острого заболевания или обострения хронического заболевания, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами или врачами общей практики (семейными врачами), врачами акушерами-гинекологами, не должен превышать семи дней.

Предельный срок ожидания плановой стационарной медицинской помощи (за исключением видов высокотехнологичной медицинской помощи и восстановительного лечения) составляет не более шести месяцев. Предельный срок ожидания медицинской помощи в дневном стационаре (в том числе восстановительного лечения) – не более трех месяцев.

Предельные сроки ожидания плановых консультаций врачей-специалистов и диагностических исследований, выполняемых в плановом порядке составляют:

- в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь – не более 14 дней;
- в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную специализированную помощь – не более одного месяца;
- проведение магнитно-резонансной и позитронно-эмиссионной томографии – не более четырех месяцев.

При невозможности предоставить гражданину медицинскую помощь в установленные сроки медицинской организацией обеспечивается направление гражданина для получения необходимой помощи в другую медицинскую организацию, включенную в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы, или обеспечивается получение письменного согласия гражданина на получение медицинской помощи с нарушением установленных сроков ожидания.

Госпитализация гражданина в больничное учреждение может быть осуществлена по направлению врача базового амбулаторно-поликлинического учреждения или врача амбулаторно-консультативного медицинского учреждения, по линии скорой медицинской помощи или при самостоятельном обращении гражданина по экстренным показаниям.

Выбор медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь соответствующего вида и профиля, осуществляется гражданином, если это не связано с угрозой жизни гражданина.

При лечении в стационаре пациенты должны быть размещены в палатах на два и более мест, в одноместных палатах пациенты могут быть размещены по медицинским показателям. Все пациенты, включая рожениц, родильниц и кормящих матерей, обеспечиваются лечебным питанием. В случае, если в стационарном лечении нуждается ребенок в возрасте до 1 года, то медицинское учреждение должно предоставить одному из родителей (опекунов) возможность и условия для круглосуточного дежурства. Родители могут находиться в медицинском учреждении и с детьми более старшего возраста, если они нуждаются в дополнительном уходе. Решение о наличии показаний к предоставлению такой возможности принимается лечащим врачом совместно с заведующим отделением, о чем делается соответствующая запись в медицинской карте. Родителю (опекуну), фактически осуществляющему уход за больным ребенком, при необходимости может быть оформлен листок временной нетрудоспособности.

Регистрация и осмотр пациента, доставленного в медицинскую организацию по экстренным медицинским показаниям, должны быть проведены медицинским персоналом незамедлительно, повторный осмотр – не позднее, чем через час после перевода в отделение. При плановой госпитализации регистрация и осмотр должны быть проведены в течение двух часов после поступления пациента.

ПРАВО НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Платные медицинские услуги – это медицинские услуги, которые в соответствии с действующим законодательством не должны предоставляться за счет средств государственных внебюджетных фондов и бюджетов субъектов Федерации (в нашем случае – бюджета Санкт-Петербурга), а также все медицинские услуги, предусмотренные действующими отраслевыми классификаторами, которые предоставляются на возмездной основе по желанию граждан.

На сегодняшний день любой житель нашего города может получить платные медицинские услуги:

- в рамках добровольного медицинского страхования;
- на основе возмездного договора в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения;
- на основе возмездного договора в частных медицинских организациях и учреждениях.

Оказание платных медицинских услуг регламентируется Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Федеральным законом «О защите прав потребителей», Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (Постановление Правительства РФ от 13 января 1996 года № 27) и Распоряжением Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 4 апреля 2005 года № 112-р «О порядке предоставления платных медицинских услуг».

Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование (ДМС) это еще одна форма социальной защиты населения в области охраны здоровья, предоставляющая возможность получить медицинскую помощь при наступлении страхового случая.

ДМС дает право на получение дополнительных медицинских услуг за счет предприятий, учреждений, организаций, личных средств граждан и иных источников.

Общим для обязательного медицинского страхования (ОМС) и добровольного медицинского страхования (ДМС) является договорная основа взаимоотношений между участниками – страховщиком, страхователем, медицинской организацией.

Различием между двумя этими системами является следующее:

- ОМС является обязательной частью государственного социального страхования. ДМС производится по желанию гражданина или его работодателя. Таким образом, в качестве страхователя при ДМС может выступать как и сам гражданин, заключающий договор медицинского страхования в своих интересах или интересах третьих лиц (например, членов семьи), так и работодатель, заключающий договор медицинского страхования в интересах физического лица (работника);

- ОМС обеспечивает минимальный гарантированный объем бесплатной медицинской и лекарственной помощи. Система ДМС позволяет получить дополнительные медицинские услуги сверх гарантированных системой ОМС;

- оплата ОМС производится на безвозмездной основе (за счет налогоплательщиков). При получении медицинской помощи в рамках ДМС оплата производится на основании договора, заключенного между страхователем (работодатель или физическое лицо) и страховой медицинской организацией;

- объем бесплатной медицинской помощи, получаемой гражданином при ОМС, а также перечень медицинских учреждений, оказывающих эту помощь, определяется Территориальной программой государственных гарантий. Разработка программ ДМС и привлечение медицинских учреждений для ее реализации осуществляется страховой компанией самостоятельно, в том числе с учетом пожеланий страхователя.

При добровольном медицинском страховании выплаты производятся не в денежной, а в натуральной форме: в виде пакета медицинских и иных услуг, оплаченных страховщиком. Таким образом, ДМС является особым видом страхования, так как выгодоприобретатель (застрахованное лицо) является одновременно потребителем и страховой и медицинской услуги. Эта особенность медицинского страхования играет важную роль при решении вопроса о пределах ответственности страховщика перед застрахованным гражданином. Предусмотренное законом сотрудничество страховой компании и медицинского учреждения делает страховщика ответственным не только за качество организации страхового процесса, но и в какой-то степени, за качество его результата.

С учетом выше сказанного, потребителю (работодателю) необходимо очень тщательно подходить как к выбору страховой компании, предоставляющей услуги ДМС, так и к заключению собственно договора. Порядок заключения договора при оказании платных медицинских услуг мы рассмотрим позже в следующих

главах настоящего Практического пособия. Оговорим только одну особенность: прежде чем заключать договор ДМС необходимо выяснить, какая доля в предоставляемой услуге собственно медицинская, а какая сервисная (уровень обслуживания). К сожалению, медицинские учреждения нередко в рамках оказания платной медицинской помощи получают деньги только за сервис, а не за высокое качество оказания медицинской помощи.

Система обязательного медицинского страхования, установленная Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», свидетельствует, что Россия пошла по пути большинства европейских стран. Эта система основана на принципах солидарности, тесно связана со всей системой социального страхования и регулируется одним законодательством. Если говорить о взаимосвязи систем обязательного и медицинского страхования, то вышеупомянутый закон, в отличие от ранее действующего закона, никак не регулирует систему ДМС. Эти две системы – ОМС и ДМС существуют параллельно, притом, что в России ДМС, как правило, включает тот же пакет медицинских услуг, что и базовая программа ОМС. Происходит дублирование, которое, к сожалению, не приводит к серьезной конкуренции между ними, а значит и не способствует развитию и росту качества оказываемых услуг как по одной, так и по другой системе медицинского страхования. Например, в Германии, с которой Россия имеет схожие принципы организации системы здравоохранения, договора дополнительного медицинского страхования пользуются достаточно высоким спросом, несмотря на то, что порядка 90% населения охвачены системой обязательного медицинского страхования. Происходит это, в первую очередь, за счет того, что медицинские услуги, оказываемые по этим договорам, не дублируют услуги ОМС, а дополняют и расширяют их.

Таким образом, для России важной задачей является выработка системного подхода к развитию ДМС, которое должно стать надстройкой к бесплатной медицине. Программы ДМС целесообразно разрабатывать с учетом специфики Базовой программы ОМС. Это также позволит существенно снизить и стоимость программ ДМС, сделать их более доступными для населения.

Оказание платных медицинских услуг

в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения

Государственные и муниципальные учреждения имеют право оказывать платные медицинские услуги населению в случаях:

- если пациент (в силу ряда причин) сам хочет получить медицинскую услугу за плату, зная, что эта помощь может быть оказана бесплатно;
- если он является гражданином, на которого не распространяется действие ОМС;
- если данные медицинские услуги не входят в программу государственных гарантий ОМС;
- если пациент хочет получить медицинскую услугу вне очереди или в условиях повышенной комфортности и сервиса.

Оказание платных услуг осуществляется на основании договора. При этом, если требуемая услуга входит в перечень бесплатных услуг (в соответствии с

Территориальной программой ОМС), то в медицинской карте должен быть зафиксирован отказ пациента от предложенной ему альтернативной возможности получения этого вида медицинской помощи за счет государственных средств в данном государственном учреждении. При заключении договора до сведения граждан должна быть доведена конкретная информация о возможности и порядке получения этих услуг на бесплатной основе. Факт доведения до сведения граждан указанной информации должен быть зафиксирован в договоре.

Договор является основным документом, регламентирующим условия и сроки оказания медицинских услуг, а также порядок расчетов, обязанности и ответственность сторон. Под порядком расчетов подразумевается стоимость услуг, порядок и срок оплаты. Договор может быть заключен как с физическими лицами (гражданами), так и юридическими лицами (организациями). Договор должен быть заключен в простой письменной форме.

При оказании платных медицинских услуг в установленном порядке заполняется медицинская документация, при этом, в медицинской карте пациента должна быть сделана запись, о том, что услуга оказана на платной основе.

Расчеты по заключенному договору производятся с применением контрольно-кассовых машин. Потребитель при оплате услуг должен получить от медицинского учреждения кассовый чек, подтверждающего факт оплаты.

Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения могут предоставлять платные услуги населению только при наличии специального разрешения на предоставление платных медицинских услуг, полученного в Комитете по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. В разрешении должны быть указаны виды работ и услуг по медицинским специальностям, которые разрешается предоставлять за плату. При этом учреждения здравоохранения должны иметь соответствующую лицензию на избранный вид медицинской помощи.

Платные медицинские услуги в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения могут оказываться в основное рабочее время в случаях, если это не создает препятствий бесплатной медицинской помощи лицам, имеющим на это право.

**Виды медицинских услуг и работ,
подлежащих предоставлению гражданам в государственных
учреждениях только за плату**

- лечение сексологической патологии (за исключением услуг, предоставляемых по медицинским показаниям);
- искусственная инсеминация и экстракорпоральное оплодотворение (за исключением услуг, оказываемых по медицинским показателям и в рамках специальных программ);
- санаторно-курортное лечение (за исключением лечения лиц, для которых оно предусмотрено действующим законодательством);
- косметологические услуги (за исключением услуг, предоставляемых по медицинским показаниям);
- традиционные методы диагностики и лечения (иглорефлексотерапия, гирудотерапия и т.п.);
- гомеопатическое лечение;

- зубное протезирование (за исключением случаев, когда оно предусмотрено действующим законодательством или должно быть проведено по медицинским показателям, установленным государственной комиссией учреждением здравоохранения);

- проведение профилактических прививок по желанию граждан (за исключением мер по иммунопрофилактике, осуществляемых в соответствии с действующим законодательством);

- диагностические, лечебные, реабилитационные, профилактические, оздоровительные и иные услуги, проводимые в порядке личной инициативы граждан при отсутствии соответствующего назначения в медицинской карте лечащим врачом;

- медицинское освидетельствование и проведение экспертиз в порядке личной инициативы граждан при отсутствии направления, выданного в установленном порядке;

- медицинское обеспечение частных мероприятий;

- проводимые на дому у пациента диагностические исследования, процедуры, манипуляции, консультации и курсы лечения (за исключением случаев, когда пациент по состоянию здоровья и характеру заболевания не может посетить государственное учреждение здравоохранения);

- медицинские услуги, не входящие в перечень услуг, предусмотренных федеральными стандартами для нозологических форм, по поводу которых производится оказание медицинской помощи пациенту;

- индивидуальный медицинский пост (за исключением случаев, когда это необходимо по медицинским показаниям);

- медицинские услуги, не являющиеся для конкретного государственного учреждения здравоохранения и/или работника предметом договорных и иные обязательств в отношении выполнения Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Санкт-Петербурге;

- психологическая помощь, оказываемая медицинскими учреждениями (за исключением услуг, предоставляемых по медицинским показаниям);

- обучение приемам реанимации и ухода за больными;

- коррекция логоневрозов у взрослых.

Ситуации, в которых медицинские услуги

в государственных учреждениях предоставляются за плату

Ситуации, в которых медицинские услуги в государственных учреждениях могут оказываться за плату:

- оказание медицинских услуг лицам, не имеющим право на их бесплатное получение в соответствии с действующим законодательством;

- лечебно-профилактические и диагностические мероприятия, осуществляемые анонимно (за исключением обследования на СПИД в учреждениях, финансируемых для указанных целей из бюджета);

- оказание медицинской помощи в условиях повышенной комфортности и/или сервисности (при зафиксированном в медицинской карте отказе пациента от получения бесплатных для него услуг в конкретном подразделении данного государственного учреждения здравоохранения);

- оказание плановой медицинской помощи в хозрасчетных кабинетах, палатах и подразделениях.

Государственные учреждения здравоохранения вправе предоставлять за плату немедицинские услуги (дополнительные бытовые и сервисные услуги, включая пребывание в палатах повышенной комфортности, дополнительный уход, необусловленный медицинскими показаниями; дополнительное питание; оснащение палат и кабинетов дополнительными видами немедицинского оборудования: телефонами, телевизорами, оргтехникой, холодильниками и т. д.; транспортные и другие услуги.)

Следует также отметить, что в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг, государственные учреждения здравоохранения должны оказывать платные медицинские услуги в таком порядке, чтобы это не создавало препятствий для получения бесплатной медицинской помощи лицами, имеющими на это право.

Оказание платных медицинских услуг в частных медицинских организациях и учреждениях.

Механизмы предоставления платных медицинских услуг в медицинских учреждениях и организациях, относящихся к частной системе здравоохранения, аналогичны порядку оказания платных медицинских услуг в государственных или муниципальных организациях.

Медицинские услуги, которые предоставляются в частной системе здравоохранения, должны соответствовать методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

Основанием для их оказания должен являться договор, регламентирующий условия, сроки получения услуг, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон. Пациенту обязаны выдать чек или копию бланка, подтверждающего прием денег.

Единственной особенностью, на которую необходимо обратить внимание, является то, что частные учреждения здравоохранения чаще, чем государственные или муниципальные клиники, меняют места своего нахождения, контактную информацию; может быть изменена организационно-правовая форма предприятия или предприятие может вообще прекратить свою деятельность. В связи с чем, имеет смысл при обращении в клинику (медицинский центр, практикующему врачу) сразу же попросить копию медицинской карты и иной документации, содержащей информацию о состоянии Вашего здоровья, сделанных процедурах, исследованиях или проведенном лечении.

ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

В соответствии с требованиями Закона РФ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» пациент имеет право на:

- выбор врача и выбор медицинской организации;
- профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

- получение консультаций врачей-специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
- получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- отказ от медицинского вмешательства;
- возмещение вреда, причиненного здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи;
- допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- допуск к нему священнослужителя, а в случаях нахождения пациента на лечении в стационарных условиях – на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление ему отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Право на выбор врача и медицинской организации

Для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках программы государственных гарантий (ОМС) гражданин должен выбрать одно из амбулаторно-поликлинических учреждений (поликлиник). Как правило, выбор определяется по территориально-участковому принципу, с учетом того, что сотрудники медицинского учреждения (врачи, медицинские сестры) должны иметь возможность для посещения пациентов на дому. При этом отсутствие регистрации в выбранном районе города не является основанием для отказа пациенту. Пациент имеет право изменить свое решение в пользу другого медицинского учреждения, но сделать он это может не чаще чем один раз в год, за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания. В выбранной медицинской организации гражданин также не чаще чем один раз в год осуществляет и выбор врача-терапевта, врача-педиатра, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера. Для этого достаточно подать заявление на имя руководителя медицинской организации.

Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации Территориальной программы ОМС принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, то лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации.

Медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения требований к срокам ее оказания. В случае, когда врач скорой помощи приходит к выводу о необходимости транспортировки пациента в стационар, он обязан получить согласие или письменный отказ пациента на госпитализацию. Исключением могут быть случаи, когда больной не в состоянии самостоятельно принимать решение, а срочная госпитализация

необходима ему по жизненным показаниям. При этом пациент вправе выбрать, в каком из дежурящих в этот день медицинских учреждений, он желает лечиться. Если у пациента нет предпочтений при выборе медицинского учреждения, его доставляют в ближайший дежурящий стационар.

При оказании платных медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования, выбор медицинских учреждений определяется договором страхования, который заключается со страховой компанией. При получении медицинских услуг по договору на возмездной основе пациент определяется с выбором медицинского учреждения самостоятельно.

В любом случае, при выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности, об уровне образования и квалификации врачей.

Право на надлежащие санитарно-гигиенические условия

Каждый из нас имеет право на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям. Число мест в палате, санитарно-гигиенические условия и другие характеристики должны соответствовать требованиям, предъявляемым к медицинским учреждениям. Информацию об этих требованиях пациент вправе получить в каждом медицинском учреждении.

При заключении договора на оказание платных медицинских услуг, предполагающем условия повышенной комфортности, имеет смысл включить в него информацию и об этом. К примеру, если пациент оплачивает одноместную палату, этот факт должен быть зафиксирован.

Право на получение информации о своем здоровье

Пациент имеет право получить в доступной для него форме информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и прогнозах развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или члену его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и/или не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья. По его требованию медицинское учреждение должно предоставить ему копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья или выписки из них.

Право на консультации врачей-специалистов

Пациент имеет право на проведение по его просьбе консилиума и консультации у других врачей-специалистов, если возникнут какие-либо вопросы.

Консилиум врачей – совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления пациента в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию. Консилиум врачей может быть созван как в самой медицинской организации, так и вне её, включая дистанционный консилиум врачей. Решение консилиума врачей оформляется протоколом, подписывается всеми участниками и вносится в медицинскую документацию пациента.

При возникновении такой ситуации, с практической точки зрения целесообразно воспользоваться своим правом на информацию о состоянии здоровья и получить на руки полную копию истории болезни (протоколы обследования и лечения). В случае возникновения вопросов, необходимости в дополнительных консультациях у специалистов или спорных ситуаций наличие этих документов может существенно сэкономить время, средства и усилия многих людей, в первую очередь самого пациента.

Право на облегчение боли

Пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством. Применение методов диагностики или лечения без качественного обезболивания недопустимо. За причинение боли (отсутствие должного обезболивания) в процессе диагностической или лечебной процедуры, Вы можете привлечь медицинское учреждение к юридической ответственности.

Каждый пациент имеет право на уважительное и гуманное отношение к себе со стороны медицинского и обслуживающего персонала медицинского учреждения. При этом за все действия работника в учреждениях здравоохранения, за исключением уголовно наказуемых действий (бездействий), ответственность несет медицинское учреждение.

Следует также знать, что к видам медицинской помощи, оказываемой в рамках ОМС, входит и паллиативная медицинская помощь, которая представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи. Получить паллиативную помощь пациент может и на дому или в режиме дневного стационара. При этом при оказании паллиативной помощи на дому будут предоставлять лекарства и медицинские изделия, необходимые для поддержания организма. Определяющим фактором для оказания паллиативной помощи является не только наличие конкретного заболевания, а состояние пациента. Это означает, что даже в случае, если диагноз не поставлен, человек вправе получить обезболивание, в том числе и с применением наркотических и психотропных препаратов. К оказанию помощи тяжело больному или неизлечимо больному человек могут быть привлечены и социальные работники, так как в таких

состояниях люди нуждаются не только в медицинской помощи, но и в уходе и присмотре.

Право на получение лечебного питания

Лечебное питание – питание, обеспечивающее удовлетворение физиологических потребностей организма человека в пищевых веществах и энергии с учетом механизмов заболевания, особенностей течения основного и сопутствующего заболеваний и выполняющее профилактические и лечебные задачи. Лечебное питание является неотъемлемым компонентом лечебного процесса и профилактических мероприятий и включает в себя пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых соответствующей технологической обработке. Нормы лечебного питания устанавливаются в соответствии с Инструкцией по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях, утвержденной Приказом Минздрава РФ от 5 августа 2003 года № 330.

Право на сохранение врачебной тайны

Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

Разглашение этих сведений, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей не допускается.

С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе.

Без согласия гражданина или его законного представителя разглашать указанные сведения допустимо, только если это необходимо:

- для обследования и лечения пациента, который в силу своего состояния не способен выразить свою волю;
- для предотвращения угрозы распространения инфекционных заболеваний или массовых отравлений;
- по запросам органов дознания и следствия прокуратуры и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- для оказания помощи несовершеннолетним пациентам в возрасте до 15 лет и для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред гражданину причинен в результате противоправных действий.

Право на отказ от медицинского вмешательства

Любой гражданин имеет право получить полную информацию о виде и особенностях медицинского вмешательства, а также добровольно согласиться или отказаться от медицинских манипуляций. Это право называется правом информированного добровольного согласия.

Информированное добровольное согласие должно быть предварительным, т.е. оно должно быть получено до начала медицинского вмешательства. При этом

пациент должен иметь время на размышление относительного предложенного варианта диагностики или лечения. Медицинский работник обязан не только подробно разъяснить суть медицинского воздействия, но и предложить варианты, если они имеются.

Согласие на медицинское вмешательство оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом, либо его законным представителем и лечащим врачом. Таким образом, получение информированного добровольного согласия является необходимым и обязательным условием медицинского вмешательства. Если состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает его законный представитель или консилиум врачей, 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 15 лет и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений о состоянии здоровья гражданина. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, при невозможности собрать консилиум – лечащий (дежурный) врач.

Гражданин или его законный представитель имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, когда законом допускается оказание медицинской помощи без согласия гражданина.

Медицинская помощь без согласия гражданина или его законного представителя оказывается лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, при проведении судебно-медицинской или судебно-психиатрической экспертизы, а также в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления).

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином или его законным представителем, а также медицинским работником.

Право на возмещение вреда, причиненного здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи

Предъявление претензий по возмещению вреда здоровью целесообразно в случаях, расцениваемых как дефект оказания медицинской помощи, приведший к ухудшению состояний пациента, осложнению течения заболевания или удлинению сроков лечения. Это относится к случаям, когда имеются:

- невыполнение или неправильное выполнение, в том числе несвоевременное выполнение, необходимых диагностических, профилактических, лечебных, реабилитационных мероприятий;

- непоказанное проведение диагностических, профилактических, лечебных, реабилитационных мероприятий.

Потерпевший от дефектов в оказании медицинской помощи, приведших к причинению вреда здоровью, имеет полное право на возмещение ущерба.

Обычно потерпевшему выплачивается денежная сумма, которую он использовал или должен будет использовать для восстановления нарушенного здоровья, а также возмещается упущенная выгода и моральный вред.

Размер возмещения ущерба зависит от нескольких факторов:

- исхода (выздоровление, инвалидность, смерть);
- величины понесенных расходов на диагностику и лечение последствий вреда;

- продолжительности и степени утраты трудоспособности пациента;

- размер утраченного заработка (дохода).

В случае если медицинские услуги оказывались на возмездной основе, то пациенту должны быть возмещены и средства, которые он потратил на оплату данной услуги.

Доказательствами могут быть справки из учреждений здравоохранения, записи врачей скорой и неотложной помощи, записи лечащих врачей в амбулаторной карте пациента, истории болезни, выписки, рецепты, а также показания свидетелей.

Для получения возмещения вреда, причиненного здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи, последний должен обратиться с письменной претензией к руководителю медицинского учреждения и к руководителю страховой компании (в случае оказания услуги по полисам ОМС и ДМС).

Жалобы могут быть также направлены пациентом в органы управления здравоохранением субъекта Российской Федерации и прокуратуру.

В случае, если в досудебном порядке разрешить ситуацию не получилось, пациент имеет право обратиться за защитой своих прав в суд.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ И ЗАЩИТА ПРАВ

Защита прав пациентов обеспечивается нормами различных отраслей законодательства: уголовного, гражданского, административного, трудового. Каждый из перечисленных в настоящем Практическом пособии законодательный или нормативный документ в большей или меньшей степени предусматривает ответственность за нарушение прав пациентов.

Однако, в настоящее время в Российской Федерации принят только один специализированный Закон РФ прямого действия, содержащий нормы по защите прав пациентов как потребителей медицинских услуг, а именно Закон РФ «О защите прав потребителей».

В соответствии с этим Законом, потребитель имеет право на безопасность оказываемой услуги (ст.7). Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу потребителя вследствие необеспечения безопасности услуги подлежит возмещению в полном объеме. При этом право требовать возмещения вреда,

причиненного вследствие недостатков, признается за потерпевшим независимо от того, состоял он в договорных отношениях с исполнителем услуги или нет (ст. 14).

Признается за потребителем и право на компенсацию морального вреда (ст.15) со стороны причинителя этого вреда. Размер компенсации морального вреда определяется судом и не зависит от размера возмещения имущественного вреда. К сожалению, судебная практика на сегодняшний день такова, что суммы компенсации за моральный вред очень невелики.

Исходя из требований Закона потребители медицинских услуг имеют право:

- на полную и достоверную информацию об оказываемых услугах и исполнителе этих услуг (ст.8-11);
- право на оказание медицинских услуг соответствующего качества;
- право на оказание медицинских услуг в установленные сроки (ст. 27- 28);
- право на расторжение договора на оказание медицинских услуг в любое время (ст. 32);

При обнаружении недостатков в оказанной услуге потребители вправе потребовать:

- безвозмездного устранения выявленных недостатков;
- повторного выполнения работы;
- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
- отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков.

Требования потребителя об уменьшении цены и возврате уплаченной суммы за услугу при расторжении договора должны быть удовлетворены в 10-дневный срок. Требования о повторном выполнении работы должны быть выполнены в срок, установленный для срочного выполнения работ или в срок, предусмотренный договором, который был ненадлежащее исполнен. Безвозмездное устранение выявленных недостатков производится в разумный срок, назначенный потребителем.

За нарушение этих сроков исполнитель услуги обязан будет выплатить потребителю неустойку за каждый день просрочки в размере 3% от цены выполнения услуги.

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО СОСТАВЛЕНИЮ ЗАЯВЛЕНИЙ И ПРЕТЕНЗИЙ

Претензию (жалобу, заявление) необходимо составлять в двух экземплярах. Один вручается представителю организации (медицинского учреждения, Территориального фонда, страховой компании) другой остается у потребителя. На втором экземпляре представитель должен сделать отметку о получении претензии. Отметка может быть в виде подписи представителя, который принял Вашу претензию, с указанием его фамилии, имени и отчества, а также должности и даты обращения. Подпись сотрудника может быть заверена штампом или печатью предприятия.

Жестких правил оформления претензий (жалоб, заявлений) не существует. Текст претензии может быть напечатан или написан рукописным способом.

Желательно, чтобы в претензии были указаны:

- наименование организации и ее адрес;

- ФИО руководителя (если они известны);
- ФИО заявителя и его адрес (т.е. Ваши данные);
- наименование документа – «Претензия», «Жалоба», «Обращение» и т.п.;
- суть вопроса (подробное описание сложившейся ситуации, с указанием времени, места, обстоятельств причинения вреда здоровью);
- конкретные требования (с указанием заявляемого размера ущерба);
- сроки удовлетворения этих требований;
- подпись заявителя и дата обращения.

Можно и даже нужно предупредить, что если Ваши требования не будут удовлетворены, Вы обратитесь в суд.

В том случае, если представители организации отказываются принять у Вас претензию или Вы сами по каким-либо причинам не можете вручить свое обращение лично, можно воспользоваться другими способами. Например, отправить свое письменное обращение по почте. Лучше это сделать заказным письмом с уведомлением о вручении или ценным письмом с описью вложения. Именно с даты, указанной в уведомлении о вручении, будут отсчитываться сроки, предусмотренные законом для рассмотрения обращений потребителей. Можно попытаться вручить претензию в присутствии друзей или знакомых. Если исполнитель откажется ее принять, то свидетели могут составить акт, где напишут, что сотрудник уклонился от приема документов. В акте обязательно указываются данные свидетелей и их подписи. Чтобы подтвердить факт вручения претензии, достаточно двух очевидцев, но они должны быть готовы при необходимости подтвердить этот факт в суде.

Достаточно часто потребители спрашивают, можно ли, направить претензию при помощи электронной почты. Конечно, возможно, но стоит иметь в виду, что в дальнейшем, в случае необходимости Вам будет очень сложно подтвердить сам факт отправления такой претензии. Поэтому мы рекомендуем при отправке претензии электронным письмом, продублировать отправку этого обращения почтовым отправлением.

Следует иметь в виду и некоторые особенности в предъявлении претензий к качеству медицинских услуг.

В случае, если Вы имеете претензии к качеству медицинских услуг, оказанных Вам в рамках обязательного или добровольного медицинского страхования, то Вы, помимо претензии на имя руководителя медицинского учреждения, должны направить претензию и в адрес страховой компании. В обязанности страховой компании входит осуществление контроля за качеством и объемами медицинских услуг, оказанных по их полисам, а также защита Ваших интересов как пациентов. Они должны принимать самое деятельное участие в урегулировании конфликта с медицинским учреждением, при необходимости организовывать экспертизу качества медицинской помощи, а также оказывать содействие Вам в оформлении претензий или иска. Если страховая компания не выполняет своих обязанностей, то Вы можете направить претензию в Территориальный фонд.

Еще одним адресатом для Вашей претензии, независимо от того платные или бесплатные медицинские услуги были Вам оказаны, являются органы

управления здравоохранением субъекта РФ – Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга.

Если в ответ на Вашу претензию (жалобу) Вы получили ответ-отписку, в которой ничего, кроме общих слов не содержится, или срок, предусмотренный законом для ответа на Вашу претензию, истек (30 дней), то налицо факт нарушения законодательства РФ – можно смело писать жалобу в прокуратуру на неправомерное бездействие должностных лиц. Образец такой жалобы Вы можете найти в Приложении 2 настоящего Практического пособия.

Если Ваши претензии и жалобы не возымели действия и Вы хотите довести дело до конца, отстоять свои права и наказать виновных, Вы можете обратиться в суд.

СУДЕБНАЯ ЗАЩИТА ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

Действующее законодательство предусматривает две основных процедуры для защиты пациентом своих нарушенных прав в суде.

1. Пациент может обжаловать в суде неправомерные действия и решения медицинских работников, нарушающие его права. Обжалование нарушений прав пациента осуществляется в суде в порядке, предусмотренном главой 24-1 Гражданского процессуального кодекса (ГПК) Российской Федерации.

2. Пациент может в принудительном порядке через суд взыскать с виновной стороны убытки, вызванные нарушением его прав, потребовать возмещения вреда, причиненного его здоровью, а также получить компенсацию за моральный вред, связанный с физическими и нравственными страданиями из-за неправомерного поведения или действий медицинских работников.

Следует иметь в виду, что в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей», Вы освобождаетесь от уплаты пошлины при подаче искового заявления.

Вы можете подать иск по своему выбору:

- по месту Вашего жительства;
- по месту нахождения ответчика;
- по месту заключения или исполнения договора.

Кроме того, в настоящее время иски могут быть рассмотрены как районными судами, так и мировыми судьями (в случае, если сумма иска не превышает 50 тысяч рублей).

Чтобы обратиться в суд Вам необходимо написать исковое заявление. Для составления искового заявления лучше обратиться к помощи квалифицированных специалистов. Это могут быть специалисты юридических консультаций, общественных потребительских объединений.

Граждане могут вести свои дела в суде лично или через представителей. Личное участие в деле гражданина не лишает его права иметь в этом деле представителя. Наиболее распространенной формой представительства является участие в этом деле адвоката.

Права и охраняемые законом интересы недееспособных граждан, граждан, не обладающих полной дееспособностью, и граждан, признанных судом ограниченно дееспособными, защищают в суде их родители, усыновители, опекуны или попечители, которые представляют суду документы, удостоверяющие их полномочия.

Взыскать убытки с медицинских учреждений пациент может при наличии следующих условий:

- противоправность поведения (действия или бездействия) медицинского учреждения его персонала;
- причинение пациенту убытков;
- причинная связь между противоправным поведением и возникшими убытками; вина медицинского учреждения.

Согласно действующему законодательству (Статья 15 ГК, ч.1) размер убытков, подлежащих возмещению, будет определяться расходами, которое лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права, а также неполученными доходами, которые это лицо получило бы, если бы его право не было нарушено.

Доказательствами понесенных убытков могут быть корешки квитанций об оплате медицинских услуг, товарные чеки, счета и иные виды доказательств, предусмотренные действующим законодательством.

Например, получение за плату медицинских услуг, включенных в территориальную программу обязательного медицинского страхования, дает пациенту ставить вопрос о возмещении ему произведенных расходов. Доказательством убытков будет служить корешок квитанции об оплате медицинских услуг.

Необходимым условием возникновения ответственности медицинского учреждения является причинение вреда. Под вредом в праве понимается умаление, уничтожение какого-либо блага, наличие неблагоприятных последствий для потерпевшей стороны.

Медицинское учреждение может причинить вред личности или имуществу. Вред, причиненный здоровью пациента в результате виновных действий (бездействия) медицинского учреждения, может выражаться в материальных потерях (полная или частичная утрата заработка, расходы на лекарства, усиленное питание и др.) и моральных издержках (физических и нравственных страданиях).

Условием наступления ответственности медицинских учреждений является наличие причинной связи между противоправным деянием медицинского учреждения и наступившим вредом.

Иногда причинная связь настолько очевидна, что ее нетрудно установить. Например, хирург неправильно провел операцию и причинил пациенту тяжкое телесное повреждение. Труднее определить наличие причинной связи в случаях, когда результат не следует непосредственно за противоправным действием или когда вред вызван действием целого ряда факторов и обстоятельств, которые усложнили ситуацию. Например, комиссия, разбиравшая причины смерти пациента в лечебном учреждении установила несколько факторов: в больнице правильно установили диагноз, но отказали в приеме (из-за отсутствия свободных мест) и не оказали помощи больному, находящемуся в критическом состоянии. Для установления причинной связи необходима медицинская экспертиза.

Вопросы, связанные с возмещением вреда, причиненного жизни или здоровью граждан регулируются Гражданским кодексом Российской Федерации (часть.2, глава 59).

Вред, причиненный здоровью пациента в результате нарушения его прав, подлежит возмещению в размере утраченного заработка (дохода), который он имел либо определенно мог иметь, а также дополнительно понесенных расходов, вызванных восстановлением здоровья, в том числе расходов на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии.

При определении утраченного заработка (дохода) пенсия по инвалидности, назначенная в связи с повреждением здоровья, а равно другие пенсии, пособия и иные подобные выплаты, назначенные как до, так и после причинения вреда здоровью, не принимаются во внимание и не влекут уменьшения размера возмещения вреда (не засчитываются в счет возмещения вреда).

Пациент имеет право и на возмещение морального вреда.

В действующем законодательстве под моральным вредом понимаются физические или нравственные страдания, причиненные гражданину в результате нарушения его прав (Статья 151 ГК РФ, часть 1).

Понятие нравственного страдания трактуется на практике весьма широко и может заключаться в унижении, стыде, беспомощности, переживаниях за судьбу близких в связи с их утратой, а также других обстоятельствах, потере работы, раскрытия врачебной, семейной тайны, временном ограничении каких-либо прав или лишения их, распространения сведений, не соответствующих действительности, а также временном лишении имущества или его части и т.д.

Физические страдания выражаются в причинении физической боли.

Компенсация морального вреда осуществляется в денежной форме. Размер компенсации морального вреда определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, а также степени вины причинителя вреда в случаях, когда вина является основанием возмещения вреда. При определении размера компенсации вреда должны учитываться требования разумности и справедливости.

Характер физических и нравственных страданий оценивается судом с учетом фактических обстоятельств, при которых причинен моральный вред, и индивидуальных особенностей потерпевшего.

Определение размеров денежных сумм, которые подлежат взысканию в возмещение морального вреда, представляет большую сложность. В Постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28.04.94 г. № 3 «О судебной практике по делам о возмещении вреда, причиненного повреждением здоровья» даны разъяснения об определении размера возмещения морального вреда по этой категории дел. Размер возмещения морального вреда определяется судом в решении, исходя из степени тяжести повреждения здоровья, других обстоятельств, свидетельствующих о перенесенных потерпевшим физических и нравственных страданиях, а также с учетом имущественного положения причинителя вреда, степени вины потерпевшего и других конкретных обстоятельств. Причем, оценивая страдания потерпевшего, учитываются не только те, которые он перенес ко времени рассмотрения дела, но и те, которые он со всей очевидностью перенесет в будущем (например, предстоящая сложная операция).

Приложение 1
Образец 1.

Прокурору _____
от _____
проживающего по адресу _____

(индекс, почтовый адрес)

ЖАЛОБА

на неправомерное бездействие должностных лиц

«__» _____ 20__ г. я направил претензию (указать о чем) должностному лицу (указать какой организации). С момента получения моей претензии прошло уже 40 дней, но в нарушение законодательства РФ я до сих пор не получил письменного ответа в установленный законом срок.

Прошу на основании вышеизложенного провести прокурорскую проверку по факту нарушения законодательства России и принять меры по отношению к виновным должностным лицам.

Официальный ответ о результатах рассмотрения моей жалобы прошу сообщить мне письменно в установленный законом срок.

Приложение:

- 1) Копия претензии должностному лицу.

Подпись _____

Дата «__» _____ 20__ г.

Образец 2

Главному врачу поликлиники № _____
(районной больницы)
от _____
проживающего по адресу _____

ПРЕТЕНЗИЯ

Я являюсь потребителем медицинских услуг, оказываемых Вашим учреждением.

(следует краткое описание когда, по какому поводу Вы обращались, к какому специалисту были направлены, какие услуги были оказаны)

Ваша организация исполняет свои обязательства ненадлежащим образом. Ненадлежащее исполнение выразилось в том, что

(указать какие именно претензии возникли у Вас к данному медицинскому учреждению)

Указанные нарушения противоречат требованиям Закона РФ «О защите прав потребителей», в связи с чем, ПРОШУ:

В срок до _____ (далее по Вашему выбору и исходя из конкретной ситуации Вы можете выбрать из перечисленных далее требований) оказать мне услуги надлежащего качества, произвести соразмерное уменьшение цены медицинских услуг, незамедлительно безвозмездно устранить недостатки услуг или возместить мне расходы на устранение недостатков услуг.

Ответ прошу сообщить в письменной форме. В случае отклонения моей претензии буду вынужден обратиться в суд за защитой своих прав потребителя, и кроме вышеуказанного я буду требовать возместить причинные убытки и компенсации причиненного мне морального вреда.

При удовлетворении иска суд взыскивает с исполнителя штраф в размере 50% цены иска за несоблюдение добровольного порядка удовлетворения требований потребителя. Предлагаю решить спор в досудебном порядке.

Подпись _____

Дата «__» _____ 20__ г.

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

В рамках проекта «Совершенствование региональной общественной системы защиты прав потребителей через реализацию мер по повышению правовой грамотности и просвещения населения Санкт-Петербурга», реализуемого с использованием гранта Президента Российской Федерации, предоставленного Фондом президентских грантов (президентскиегранты.рф), Ассоциация «Выбор потребителя» организовала работу общегородской многоканальной «горячей линии» по защите прав потребителей и пункта независимой потребительской экспертизы, обратившись в которые любой житель Санкт-Петербурга может получить помощь на безвозмездной основе.

**Телефон «горячей линии» 274-09-36.
Время работы ежедневно с 10.00 до 19.00,
кроме выходных и праздничных дней.**

**Пункт независимой потребительской экспертизы
Санкт-Петербург, Суворовский пр-т, д. 65-б, оф. 44 (3 этаж).
Время работы ежедневно с 10.00 до 19.00,
кроме выходных и праздничных дней.**

Для отдельных категорий граждан (инвалидов, пенсионеров, членов многодетных семей) в рамках действующего проекта предусмотрена возможность проведения бесплатной экспертизы товаров и услуг, в том числе с составлением письменного заключения.