

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
1-я КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

**ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ  
И ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ  
АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ  
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2010

УДК 617–089.98(476) (075.8)  
ББК 54.5 (2Б) я 73  
Э 90

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 27.10.2010 г., протокол № 2

**А в т о р ы:** врач-хирург, нач. отд. кадровой работы комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета Д. В. Чередниченко (гл. 1, 2 (2.1, 2.3, 2.4)); д-р мед. наук, проф. 1-й каф. хирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета, Заслуж. врач Республики Беларусь, председатель Белорусской ассоциации хирургов С. И. Леонович (гл. 3); канд. юр. наук, зав. каф. гражданских и уголовно-правовых дисциплин Частного института управления и предпринимательства О. В. Чередниченко (гл. 2 (2.3), 4); д-р мед. наук, проф., зав. 1-й каф. хирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета Г. Г. Кондратенко (гл. 2 (2.2))

**Р е ц е н з е н т ы:** д-р мед. наук, проф. каф. хирургии Белорусской медицинской академии последипломного образования И. Н. Гришин; д-р мед. наук, проф., зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета Н. Н. Пилипцевич; д-р юр. наук, проф., зав. каф. теории и истории права Белорусского государственного экономического университета Д. М. Демичев

**Этико-деонтологические и организационно-правовые аспекты оказания хирургической помощи в Республике Беларусь : учеб.-метод. пособие / Д. В. Чередниченко [и др.]. – Минск : БГМУ, 2010. – 99 с**

ISBN 978–985–528–271–7.

В работе раскрывается взаимосвязь этики, деонтологии и права в лечебно-диагностическом процессе, рассматриваются основные проблемы реализации прав пациента при оказании хирургической помощи. Уделяется внимание анализу неблагоприятных исходов и дефектов оказания хирургической помощи, рассматриваются вопросы ответственности за профессиональные медицинские правонарушения.

Предназначено для студентов 5–6-го курсов лечебного факультета, клинических ординаторов, врачей-интернов.

УДК 617–089.98(476) (075.8)  
ББК 54.5 (2Б) я 73

ISBN 978–985–528–271–7

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2010

## Введение

В современных условиях развития человеческого общества здравоохранение имеет исключительно важное социальное значение. Достижения научно-технического прогресса в современной медицине, вся совокупность общественных отношений предъявляют высокие профессиональные, морально-этические и правовые требования к специалистам сферы здравоохранения. Уровень качества медицинской помощи во многом зависит от профессиональных знаний, опыта, чуткости и душевной теплоты медицинских работников к тем, кто в ней нуждается.

Медицина — особая сфера человеческой деятельности, где не меньшую, чем профессиональное мастерство, роль играют этические, чисто человеческие отношения между врачом и пациентом.

Законодательство предъявляет высокие требования к врачу, определяет правовой порядок его допуска к сложной и ответственной работе, предусматривает наказание за ненадлежащее оказание медицинской помощи пациентам и нарушение их прав.

Соотношение и взаимосвязь права и медицины — двух отраслей общественных отношений — вызывает, в настоящее время, повышенное внимание. Это связано с рядом причин, основными из которых, по нашему мнению, являются смена приоритетов в вопросах правовой регламентации предоставления медицинской помощи населению, а также интенсивный прогресс ряда направлений медицинской науки.

На сегодняшний день правовое регулирование медицинской деятельности является приоритетным направлением развития здравоохранения в стране. Проблема защиты прав и законных интересов граждан Республики Беларусь в области охраны здоровья, имеющая исключительное политическое и социальное значение, является одной из наиболее актуальных и наименее разработанных. Главные причины тому — несовершенство законодательной базы в этой важнейшей сфере, правовой нигилизм и юридическая неграмотность медицинских работников и населения.

Вопросы правового регулирования взаимоотношений в системе «врач–пациент» не находят должного внимания при подготовке будущих врачей в медицинских вузах, на этапе последиplomного образования, недостаточно освещены в современной отечественной медицинской и юридической литературе. Следствием этого является рост числа судебных исков, жалоб со стороны пациентов и их родственников на нарушение прав при оказании медицинской помощи, ненадлежащее врачевание, неэтичное поведение медицинских работников и т. д.

Вопросы правовой и этической регламентации деятельности являются наиболее актуальными для тех специальностей в медицине, где вероятность возникновения дефекта оказания медицинской помощи и, как следствие, неблагоприятного исхода лечения, особенно высока. Это, в первую очередь, относится к хирургической специальности.

Применение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, преимущественная инвазивность медицинских вмешательств, действия в условиях ограниченного для принятия решений времени, высокая вероятность возникновения осложнений требуют от врача-хирурга не только максимального напряжения физических и умственных сил, профессиональных знаний и опыта, но также и учета возможных последствий неправильных действий, нарушений норм этики и деонтологии, ущемления прав пациента и (или) его законных представителей.

Этико-правовые аспекты взаимоотношений между непосредственными участниками хирургического лечебно-диагностического процесса не являлись до настоящего времени предметом комплексного научного исследования современными отечественными учеными медиками и юристами. Отсутствует единый взгляд на современные модели коммуникаций в системе «врач–пациент» в хирургической практике, не разработана стратегия информированного согласия пациента на медицинское вмешательство, не в полной мере решены проблемы обеспечения конфиденциальности, нет действенных механизмов профилактики этико-правовых конфликтов и дефектов оказания хирургической помощи, решения их в досудебном порядке.

Предлагаемый материал посвящен формированию целостных представлений по вопросам этики, деонтологии и права в современной медицине, разработке этических рекомендаций и медико-правовых стандартов оказания хирургической помощи в Республике Беларусь.

## Глава 1

### Этика, деонтология и право в современной медицине: их взаимосвязь и роль в лечебно-диагностическом процессе

«Взаимоотношения врача и больного остаются основной медицинской практики. ...Даже самая совершенная техника не заменит плодотворного взаимодействия врача и больного. По-настоящему хороший результат в медицине даст сочетание доверительных человеческих отношений с чудесами научно-технического прогресса. А для этого технически оснащенный врач должен не только уметь, но и любить разговаривать с больными».

*Р. Ригельман*

*(автор книги «Как избежать врачебных ошибок», 1993 г.)*

#### 1.1. Этико-правовые аспекты оказания медицинской помощи: история и современное состояние

Проблема нравственных и правовых взаимоотношений врача и пациента появилась с возникновением самой медицины, хотя юридические нормы в разное время в различных цивилизациях решались по-разному, морально-этические принципы медицины сохраняют свою гуманистическую направленность на протяжении тысячелетий [4, 15, 19, 40].

Теоретической основой морали является этика, которая выполняет регулирующую функцию в обществе, тесно взаимодействует с политическими, правовыми и другими формами управления, при этом всегда отражает интересы общества.

Врачебная этика, как часть общей этики, изучает общественные обязанности врача, специальную сущность, закономерности развития и формирования врачебной морали, отношения врача к общим нормам и принципам морали общества. Врачебная этика имеет ряд особенностей по сравнению с другими видами профессиональных этик. Она рассматривает отношение врача к человеку с нарушенным состоянием здоровья или риском возникновения той или иной патологии; изучает особенности развития, зависимость врачебной морали от условий практической деятельности врача; охватывает не только группу вопросов, касающихся взаимоотношений врача и больного или его родственников, но и определяет нормы поведения врача в быту, его высокую культуру, физическую и моральную чистоплотность.

Существенное значение в работе врача имеет медицинская деонтология. Термин «медицинская деонтология» (от греч. Deonthos — должный),

т. е. учение о должном поведении, поступках, образе действий, связан с именем английского священника Бентамана (XVIII в.), вкладывавшего в это понятие религиозно-нравственное содержание. Применительно к врачебной деятельности в сочетании со словами «медицинская» или «врачебная» термин «деонтология» очень скоро стал обозначать следующее: комплекс этических правил, норм, принципов, которыми руководствуется врач; морально-нравственный компонент деятельности врача; совокупность соответствующих профессиональных, морально-этических и правовых принципов и правил, составляющих понятие врачебного долга.

Врачебная этика и медицинская деонтология одинаково волнуют и медиков, и тех, кто обращается за медицинской помощью. От этих, неизмеряемых в каких-либо единицах понятий, во многом зависит эффект лечения, т. к. они являются важнейшими составными элементами подготовки врача к его профессиональной деятельности.

Самым известным медицинским документом, регулировавшим этические аспекты взаимоотношений между врачом и пациентом, на протяжении многих столетий была, несомненно, «Клятва Гиппократата», составленная около 300 г. до н. э. в Александрийской библиотеке. В последующем «Клятва Гиппократата» стала основой многих обязательств, клятв, принимавшихся выпускниками медицинских факультетов университетов [44]. Первые русские врачи, получая образование за границей, знакомились там с деонтологическими произведениями Гиппократата и его школы [60]. Например, И. П. Воинов в 1805 году в своем «Донесении из-за границы», пишет о лекции Боскильона, который «занимается объяснением гиппократовых афоризмов» [20].

В дореволюционной России врачи, по окончании обучения, давали так называемое «Факультетское обещание», текст которого был составлен на основании «Клятвы» [15].

Гиппократ считал, что врач должен быть «...по своему нраву человеком прекрасным и добрым... Он должен быть справедливым при всех обстоятельствах». Высокий уровень нравственности, долга заключен в словах Гиппократата: «в какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного».

В целом именно «Клятва Гиппократата» определила основу морально-этического поведения врача по отношению к пациенту, называемую в настоящее время «патернализмом».

Термин «патернализм» изначально рассматривался как модель взаимоотношений в обществе и государстве (Аристотель, Кант, Фихте, Поппер и др.). Так, И. Кант считал сутью «патерналистского правительства» (*imperium paternale*) великодушное ограничение свободы, т. е. подданных, и характеризовал его как наихудший мыслительный деспотизм [39].

Современный российский исследователь Б. Г. Юдин считает, что термин «патернализм» по своему происхождению относится к языку социально-политических теорий и характеризует такой тип отношений государства, с одной стороны, и подданных либо граждан — с другой, при котором государство изначально считает себя безусловным представителем их блага и интересов, т. е. принимает решения и действует от их имени, не беспокоясь о выявлении и учете их мнений. Медицинский патернализм, по мнению Б. Г. Юдина, предполагает, что врач может опираться лишь на собственные суждения о потребностях пациента в лечении, информированности, консультировании. Позиция патернализма позволяет оправдывать принуждение пациентов, их обман и сокрытие от них информации, коль скоро это делается (с точки зрения врача) во имя их блага [108].

Подобный взгляд на проблему патернализма в медицине поддерживают целый ряд как зарубежных [113, 116, 118], так и российских [5, 31, 94] исследователей.

Но существует и позиция, согласно которой патернализм является присущим национальной (русской) модели медицины и его игнорирование ведет к ее разрушению [84]. Очень убедительно при этом выглядит апелляция к православным традициям (И. Силуянова, 1997).

Достаточно определенно высказываются в пользу патернализма и исследователи в области медицинского права [84, 89, 92], хотя предмет их интереса — комплементарность патернализма и гарантий прав пациента — лежит в юридической плоскости и, следовательно, не может быть связан с критикой данной модели, ведь право патерналистично по своей сущности.

Патерналистские идеи в медицине уверенно существовали вплоть до середины XX века. Начавшийся же в то время резкий, чуть ли не скачкообразный отход от них обусловлен действием ряда причин, включая быстрый рост грамотности населения и осознание того обстоятельства, что в плюралистическом обществе, где по необходимости сосуществуют разные системы ценностей, ценности врача, а следовательно, его представления о благе пациента, могут и не совпадать, порой весьма существенно, с ценностями самого пациента и его представлениями о собственном благе. Когда ставится под сомнение безусловная и исключительная компетентность врача в определении блага пациента, то основополагающим принципом становится принцип уважения автономии пациента как составляющей его личностной автономии.

Бурные социально-экономические потрясения, мировые войны XX столетия способствовали дальнейшему развитию представлений о личных правах и свободах человека, в том числе и в области медицины.

Биомедицинские исследования с участием человека в качестве испытуемого явились предметом серьезного обсуждения мировым сообществом

вом на Нюрнбергском процессе 1947 года, результатом которого стало принятие соответствующего Кодекса, резко осудившего бесчеловечные эксперименты нацистских врачей. Нюрнбергский Кодекс потребовал осознанного согласия субъекта на эксперимент, возможности отказа и выхода из исследования на любом его этапе, минимизации риска для пациента, предъявил требование к квалификации исследователя [41].

Одним из первых и весомых документов этического плана стала Хельсинкская Декларация Всемирной Медицинской Ассоциации (ВМА) «Рекомендации для врачей, участвующих в биомедицинских исследованиях на людях», принятая в 1964 г. и после этого неоднократно подвергавшаяся переработке в связи с прогрессом биомедицинских наук и расширением масштабов исследований, а также развитием института этической экспертизы исследовательских проектов.

Этика эксперимента косвенно определяется также и такими документами ВМА, как Женевская декларация (1948 г.), Международный кодекс медицинской этики (1983 г.), Двенадцать принципов предоставления медицинской помощи в любой национальной системе здравоохранения (1983 г.), согласно которым врач обязуется следовать идеалам гуманности, по совести и с достоинством выполнять свой долг, действовать только во благо пациента, не наносить вреда, в интересах больного назначать любое лечение, адекватное с точки зрения современных стандартов [80].

Вышеуказанные международные документы явились основой этических концепций национальных систем здравоохранения для большинства цивилизованных стран. Несмотря на то, что СССР официально не состоял в ВМА, говорить о том, что советское здравоохранение не придерживалось общепринятых норм этики и деонтологии, было бы не верно.

Традиции, заложенные Н.И. Пироговым в его статьях и «Дневнике старого врача», достойно продолжены плеядой выдающихся хирургов — А. Н. Бакулевым, Б. В. Петровским, В. И. Бураковским, А. А. Вишневым, С. С. Юдиным, Н. Н. Петровым, Н. М. Амосовым, С. Я. Долецким и др. Все они не раз писали о «должном» в хирургии, основываясь на своем опыте, давали практические рекомендации для начинающих врачей.

Новый этап развития этики и деонтологии в советском здравоохранении ознаменовала монография одного из основоположников отечественной онкологии Николая Николаевича Петрова «Вопросы хирургической деонтологии», вышедшая в 1948 г. На I съезде международной конфедерации историков медицины в марте 1998 г. отмечалось: «...работой Н. Н. Петрова «Вопросы хирургической деонтологии» была сделана попытка переориентировать в СССР обсуждение проблем медицинской этики из области идеологической в область профессиональных взаимоотношений в процессе лечения больного» [93].



В предисловии к монографии Н. Н. Петрова профессор Г. Ф. Знаменский пишет: «Поведение врача у постели больного и все мероприятия, связанные с лечением его, составляют основу врачебного мировоззрения, итог личного знания и общественного опыта». Сам же автор отмечает: «Главная новая мысль, выдвинутая в настоящем новом издании, сводится к сугубому подчеркиванию установленного нашими физиологами громадного влияния психогенных факторов на течение соматических, в том числе и репаративных и регенеративных процессов в организме, а, следовательно, и процессов заживления ран и преодоления последствий оперативной травмы».

Наиболее обширный раздел хирургической деонтологии, по мнению академика Н.Н. Петрова, — это охрана психики больных в хирургических учреждениях. Автор пишет о том, что психика больных хирургического профиля подвергается травме на всех этапах: в поликлинике, где ведется прием; в палате, где лежат больные; в перевязочной и операционной, где больным оказываются различные лечебные воздействия.

Раздел монографии «Информирование больного» посвящен надлежащей информации для больного о диагнозе, прогнозе и способах лечения. По мнению Н. Н. Петрова, информация о диагнозе должна быть дана больному в понятной, простой и неустрашающей форме. Она должна включать и некоторые прогностические указания, и необходимые профилактические мероприятия. Информацию о предполагаемой больному операции следует делать в доходчивой для него форме, с упоминанием о связанном с ней риске, о возможности инфекции и побочных повреждениях и незначительности этого риска по сравнению с вероятной пользой от операции.

Завершающий раздел книги посвящен деонтологическим правилам по отношению к неизлечимым больным. Основу их составляют, по мнению академика Н. Н. Петрова, «доброжелательный обман», при этом никогда не следует говорить неизлечимому хирургическому больному, что ему невозможно сделать операцию, всегда надо стараться провести мысль, что операция не нужна в данный момент. В заключении автор пишет, что требования хирургической деонтологии необходимо непрерывно дополнять, изменять и улучшать [73].

Академик Н. Н. Петров и другие выдающиеся советские хирурги, описывая взаимоотношения врача и пациента, не использовали такие современные понятия как: «права пациента», «личностная автономия пациента», «добровольное информированное согласие» и др. Их представления можно назвать патерналистскими, однако основой успешного лечебно-диагностического процесса они считали глубокое уважение врачом нужд больного человека, необходимость установления доверитель-

ных отношений с пациентом и его родственниками. По нашему мнению это остается актуальным и в настоящее время.

В Республике Беларусь также исследовались отдельные вопросы этико-правовых аспектов взаимоотношений в системе «врач–пациент», юридического сопровождения медицинской деятельности.

Правовая сторона рассматриваемой проблемы отражена в работах проф. В. И. Шабайлова в 1960–1970 гг. [101, 102], проф. И. В. Гущина в 1980–1990-х годах [24, 25]. Отечественный исследователь Н. И. Здасюк, занимаясь в 1990-х годах исследованием проблем осуществления гражданами СССР права на медицинское лечение и обслуживание рассматривал вопросы содержания конституционного права граждан на охрану здоровья, вопросы отраслевой принадлежности данных правоотношений [35, 36]. На современном этапе отдельные аспекты правоотношений по охране здоровья в Республике Беларусь рассматривали С. В. Агиевец [2, 3], Ю. Т. Шарабчиев [103–106], Н. Н. Пилипцевич [74–76], И. В. Ладо [52, 53] и другие авторы.

В большинстве работ, в которых рассматриваются государственно-правовые аспекты прав граждан на охрану здоровья, основное внимание уделяется вопросу либо гарантий прав на охрану здоровья, либо организации медицинской помощи. В статьях Ю. Т. Шарабчиева многоаспектно исследуется подход к проблеме прав граждан на получение медицинской помощи, выявляются тенденции развития отечественного здравоохранения, анализируется ход системных реформ в странах Центральной и Восточной Европы, рассматривается обязательное медицинское страхование в Республике Беларусь как альтернативная форма государственному здравоохранению [103, 105]. Исследование данной проблемы медицинскими работниками (В. П. Руденко, Ю. Т. Шарабчиевым, Н. Ф. Герасименко, Н. Н. Пилипцевичем и др.) затрагивает правовую сферу.

Авторами ставилась цель лишь обозначить проблемы правового обеспечения здравоохранения, предложить обоснованные варианты, а не сам механизм их разрешения, что является прерогативой юристов. Действительно, для решения вопросов правового регулирования медицинской деятельности и охраны здоровья необходим комплексный медицинский, организационный, экономический и юридический подход.

Отечественный исследователь в области медицинского права А.А. Кралько анализирует изменения уголовного законодательства Республики Беларусь в сфере медицинских правоотношений, изучает правовые аспекты оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным осужденным лицам [49, 50].

Вопросы хирургической этики и деонтологии отражены в работах С. Б. Коржа [47], И. Я. Макшанова [54], А. Н. Косинца с соавт. [48], С. И. Третьяка с соавт. [107], Ю. К. Абаева [1] и др.

Проблема врачебной ошибки подробно изучалась профессором патологической анатомии Ю. Г. Бойко [12–14], и судебным медицинским экспертом А. Г. Фоменко [96–99]. Данные авторы достаточно полно представили клинико-анатомический аспект врачебных ошибок (Ю. Г. Бойко, Н. Ф. Силяева), предложили способы их выявления, регистрации и профилактики (А. Г. Фоменко).

Отечественные исследователи Т. В. Мишаткина, С. Д. Денисов, Я. С. Яскевич впервые в нашей стране попытались комплексно подойти к проблеме эτικο-правовых аспектов взаимоотношений в системе «врач–пациент» с позиций биомедицинской этики [7–9, 56–58].

В 1971 году V. Potter предложил термин «биоэтика» для обозначения науки «о выживании и улучшении условий жизни», «определяющей меру ответственности тех, кто принимает решение о выборе метода лечения и о применении научных знаний на практике» [93]. Принципы биоэтики направлены, прежде всего, на уважение пациента как личности, имеющей право на автономию. Основываясь на представлениях биомедицинской этики, общество вплотную приблизилось к законодательному оформлению прав граждан при оказании медицинской помощи.

Несмотря на бурные научные дискуссии, законодательное закрепление прав пациента появилось только в 90-х годах XX столетия с принятием первого в мире «Закона о правах пациентов» в 1991 г. в Финляндии [96].

Белорусский исследователь Ю. Т. Шарабчиев так представляет общие для большинства стран права пациента, декларируемые в национальных законодательствах:

- доступность и качество медицинской помощи (право на получение гарантированного качества медицинской помощи и ее доступность; запрет любой дискриминации в отношении оказания медицинской помощи; право выбора врача и лечебного учреждения в соответствии с юридическими ограничениями; право на присутствие членов семьи при лечении пациентов; право на консультацию другого врача или специалиста и консилиум; право на амбулаторную медицинскую помощь в удобное для пациента время; право на обследование, лечение и содержание пациентов в условиях, соответствующих санитарно гигиеническим требованиям и др.);
- право на информацию (о состоянии своего здоровья; степени риска; диагностических возможностях; доступных методах лечения; право на конфиденциальность оказания медицинской помощи и врачебную тайну; на информацию о режиме работы учреждения, где лечится пациент; о профессиональных качествах лечащего врача; на информацию относительно качества и соблюдения стандартов медицинского обслуживания и времени ожидания медицинской помощи; на альтернативную медицинскую экспертизу и др.);

– добровольное согласие (право на согласие или отказ от медицинского вмешательства; на информированное согласие, предваряющее любое медицинское обслуживание; письменное информированное согласие на применение новых методов лечения и лекарств и возможность отказа от участия на любой стадии эксперимента; согласие или отказ пациента от участия студентов в лечебном процессе; согласие и условия участия пациента в медицинском образовательном процессе и др.);

– ответственность медицинских работников (право на обжалование действий медицинских работников при нарушении прав пациентов; индивидуальная ответственность врача и лечебного учреждения; право на возмещение ущерба здоровью пациента, нанесенного при оказании медицинской помощи [104].

Существуют парламентский и непарламентский пути реализации основных прав пациентов [118]. При этом выделяют три типа стратегии совершенствования прав пациентов:

– принятие закона по правам пациентов (Греция, Исландия, Израиль, Литва, Финляндия);

– отражение прав пациентов в различных законах отраслевого законодательства (Беларусь, Российская Федерация, другие страны СНГ);

– непарламентский тип, используемый в странах, имеющих хартии прав пациентов и кодексы профессиональной этики, разрабатываемые медицинскими ассоциациями (Чехия, Словакия, Франция, Ирландия, Португалия, Великобритания) [106].

В Республике Беларусь законодательное утверждение прав пациента отражено в соответствующих положениях Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 г. № 363-З «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении». Этому посвящена глава 9 «Права и обязанности пациентов». В соответствии со статьей 41 Закона пациент имеет право:

– на получение медицинской помощи;

– выбор лечащего врача и организации здравоохранения;

– участие в выборе методов оказания медицинской помощи;

– пребывание в организации здравоохранения в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям и позволяющих реализовать право на безопасность и защиту личного достоинства;

– уважительное и гуманное отношение со стороны работников здравоохранения;

– получение в доступной форме информации о состоянии собственного здоровья, применяемых методах оказания медицинской помощи, а также о квалификации лечащего врача, других медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи;

- выбор лиц, которым может быть сообщена информация о состоянии его здоровья;
- отказ от оказания медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, всеми методами оказания медицинской помощи с учетом лечебно-диагностических возможностей организации здравоохранения;
- реализацию иных прав в соответствии с настоящим Законом и иными актами законодательства Республики Беларусь.

Кроме того, при оказании медицинской помощи в стационарных условиях пациент имеет право на допуск к нему священнослужителя, а также на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает правил внутреннего распорядка для пациентов, санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований.

Указывается также, что предоставление пациенту данных прав не может осуществляться в ущерб здоровью других пациентов и нарушать их права и свободы [63].

Кроме наличия прав, у пациента есть обязанности, определенные статьей 42 Закона:

- заботиться о собственном здоровье, принимать своевременные меры по его сохранению, укреплению и восстановлению;
- уважительно относиться к работникам здравоохранения и другим пациентам;
- выполнять рекомендации медицинских работников, необходимые для реализации избранной тактики лечения, сотрудничать с медицинскими работниками при оказании медицинской помощи;
- сообщать медицинским работникам о наличии у него заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека, а также соблюдать меры предосторожности при контактах с другими лицами;
- информировать медицинских работников о ранее выявленных медицинских противопоказаниях к применению лекарственных средств, наследственных и перенесенных заболеваниях, об обращениях за медицинской помощью, а также об изменениях в состоянии здоровья;
- соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов, бережно относиться к имуществу организации здравоохранения;
- выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящим Законом и иными актами законодательства Республики Беларусь.

В статье 44 Закона указывается, что необходимым условием оказания медицинской помощи пациенту является наличие предварительного согласия совершеннолетнего пациента, тем самым закладываются основы

для формирования доктрины добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство.

Статья 45 Закона предоставляет пациенту право на отказ от оказания медицинской помощи и указывает условия его оформления.

Статья 46 определяет порядок предоставления информации о состоянии здоровья пациента, в том числе раскрывает сущность врачебной тайны.

Кроме Закона «О здравоохранении», в Республике Беларусь присутствует ряд нормативных актов, так или иначе касающихся прав пациентов:

– Конституция Республики Беларусь (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.) [46];

– Закон Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах» от 11 ноября 1999 г. № 322-З (в ред. Закона Республики Беларусь от 31.12.2009 г. № 114-З) [62];

– Постановление Совета Министров Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения» от 18 июля 2002 г., № 963 (в ред. постановления Совета Министров Республики Беларусь от 11.12.2007 г., № 1722) [61];

– Постановление Совета Министров Республики Беларусь «О Концепции добровольного медицинского страхования в Республике Беларусь» от 22 сентября 2004 г., № 1180 [64];

– Постановление Совета Министров Республики Беларусь «Об утверждении Положения о порядке оказания платных медицинских услуг в государственных организациях здравоохранения и перечня платных медицинских услуг, оказываемых в государственных организациях здравоохранения», 10 февраля 2009 г., № 182 [65];

– Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 1 июля 1999 г., № 274-З (в ред. Закона Республики Беларусь от 09.11.2009 № 51-З) [66] и др.

Республика Беларусь, признавая приоритет принципов международного права при формировании национального законодательства, принимает во внимание также нормы соответствующих положений международных договоров в данной сфере: Европейской Конвенции о социальной и медицинской помощи, заключенной в Париже 11 декабря 1953 г. (ст. 1, 8–17) [33], Конвенции о медицинской помощи и пособиях по болезни, принятой в Женеве 4 июня 1969 г. (п. 1, 3) [37], Европейской социальной хартии, подписанной в Страсбурге 3 мая 1996 г. (ст. 11–13) [34], и других международных документов, закрепляя доступность медицинской помощи и обслуживания в качестве конституционного права граждан.

Среди международных актов, которым должна следовать Республика Беларусь при правовом обеспечении здравоохранения, можно выделить также:

1) Хартию социальных прав и гарантий граждан независимых государств (утвержденную Межпарламентской Ассамблеей государств-участников Содружества Независимых Государств 29 октября 1994 г.) [71];

2) Соглашение о сотрудничестве в области охраны здоровья населения (Минск, 26 июня 1992 г.) [86];

3) Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников Содружества Независимых Государств (Москва, 27 марта 1997 г.) [87] и ряд других.

Таким образом, законодательные документы Республики Беларусь, а также международные нормативно-правовые акты, в отношении которых наша страна взяла на себя обязательства по их соблюдению, в достаточно полной мере отражают сущность прав пациентов и создают реальную основу для их обеспечения.

Изучение этико-правовых аспектов оказания медицинской помощи было бы неполным без определения юридического статуса медицинских работников и условий их деятельности.

В соответствии со ст. 1 Закона «О здравоохранении» медицинским работником является физическое лицо, имеющее высшее или среднее специальное медицинское образование, подтвержденное документом об образовании установленного образца, и в установленном законодательством Республики Беларусь порядке занимающееся деятельностью, связанной с организацией и оказанием медицинской помощи, обеспечением санитарно-эпидемического благополучия населения, проведением медицинской экспертизы.

Подготовка медицинских работников в Республике Беларусь осуществляется только государственными учреждениями (ст. 54 Закона).

Лица, получившие документы о высшем медицинском образовании установленного образца, направляются для прохождения интернатуры в качестве врача-интерна в государственные организации здравоохранения, определяемые Министерством здравоохранения Республики Беларусь. После прохождения интернатуры в целях определения уровня профессиональной подготовки врач-интерн сдает квалификационный экзамен Квалификационной комиссии Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Лицо, успешно сдавшее квалификационный экзамен, переводится организацией здравоохранения на должность врача-специалиста по полученной специальности (ст. 57 Закона).

Лечащим врачом согласно ст. 17 Закона является врач-специалист, который организует и оказывает медицинскую помощь пациенту в период его медицинского наблюдения и лечения в организации здравоохранения.

В случае необходимости лечащий врач направляет пациента для оказания ему медицинской помощи к другим врачам-специалистам, работающим в данной организации здравоохранения; предоставляет пациенту или лицам, представляющим его законные интересы, информацию о состоянии его здоровья; ставит перед руководителем организации здравоохранения вопрос о необходимости проведения врачебных консультаций (консилиумов); ставит перед руководителем организации здравоохранения вопрос о необходимости направления пациента в другие организации здравоохранения; осуществляет другие мероприятия, предусмотренные Законом и иными актами законодательства Республики Беларусь.

Закон «О здравоохранении» определяет следующие права медицинских работников (ст. 50):

- обеспечение условий труда в соответствии с требованиями законодательства Республики Беларусь о труде;
- защиту профессиональной чести и достоинства;
- присвоение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем профессиональных знаний и практических навыков;
- повышение квалификации и переподготовку за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов, а также за счет средств нанимателей и иных источников, не запрещенных законодательством Республики Беларусь;
- страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред жизни или здоровью пациента, не связанной с небрежным или халатным выполнением ими своих должностных обязанностей, которое осуществляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь;
- создание медицинских общественных объединений в соответствии с законодательством Республики Беларусь;
- иные права, предусмотренные законодательством Республики Беларусь.

Обязанности медицинских работников представлены ст. 52 Закона:

- квалифицированно выполнять свои должностные обязанности;
- хранить врачебную тайну;
- уважительно и гуманно относиться к пациентам, соблюдать их права;
- соблюдать принципы медицинской этики и деонтологии;
- повышать уровень профессиональных знаний;
- выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящим Законом и иными актами законодательства Республики Беларусь.

Медицинские работники обязаны также оказывать скорую (неотложную) медицинскую помощь в пределах своих возможностей нуждающимся в ней лицам вне организации здравоохранения.



Согласно ст. 11 Закона непосредственное оказание медицинской помощи осуществляют организации здравоохранения, включающие: государственные организации здравоохранения, в том числе государственные учреждения здравоохранения и государственные унитарные предприятия, осуществляющие в установленном законодательством Республики Беларусь порядке медицинскую деятельность; негосударственные организации здравоохранения, осуществляющие в установленном законодательством Республики Беларусь порядке медицинскую деятельность.

Индивидуальные предприниматели осуществляют медицинскую и (или) фармацевтическую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Другие организации наряду с основной деятельностью могут также осуществлять медицинскую и (или) фармацевтическую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Необходимым условием осуществления медицинской деятельности является наличие специальных разрешений (лицензий), выдаваемых в соответствии с законодательством Республики Беларусь о лицензировании. Отдельные работы и услуги, составляющие медицинскую деятельность, в случаях, предусмотренных настоящим Законом и иными законодательными актами Республики Беларусь, осуществляются только государственными организациями здравоохранения (ст. 12 Закона).

Статья 14 Закона «О здравоохранении» обязывает медицинских работников оказывать помощь на основании клинических протоколов, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь, а также направлять пациентов, в случае необходимости, для получения медицинской помощи в другие организации здравоохранения в порядке, определяемом Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Постановлением Совета Министров Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения» от 18 июля 2002 г. № 963 (в ред. постановления Совета Министров Республики Беларусь от 11.12.2007 г., № 1722) установлены основные виды услуг по оказанию стационарной, амбулаторной и скорой медицинской помощи, осуществляемых государственными организациями здравоохранения бесплатно [61]. Согласно вышеназванного постановления и Закона «О здравоохранении» (ст. 16) в Республике Беларусь выделяется два основных вида медицинской помощи: первичная медицинская помощь и специализированная медицинская помощь.

*Первичная медицинская помощь* является основным доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания. Так, в Инструкции по разработке и реализации территориальных программ государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан к основным видам медицинской помощи по месту ее

оказания также отнесены «... амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, медицинская помощь в дневных стационарах и стационарах на дому, прочие виды медицинской помощи» [68].

Всемирная Организация Здравоохранения определила первичную медицинскую помощь как «неотъемлемую медицинскую помощь, основанную на практических, научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологиях, доступную для каждого человека и его семьи» [81, с. 93].

*Специализированная медицинская помощь* — это второй уровень качественной медицинской помощи, оказываемой врачом-специалистом в специализированных отделениях, больницах и других организациях здравоохранения, оснащенных специальной медицинской техникой и инструментарием и имеющих кадры врачей-специалистов [67].

Если при возникшем заболевании требуется выполнение специальных методов диагностики, лечения и использование сложных медицинских технологий, то гражданам оказывается стационарная медицинская помощь (п. 3 постановления Совета Министров Республики Беларусь от 18 июля 2002 г. № 963). Она может осуществляться врачами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности. Стационарная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских услуг, оказываемых при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения. Основным и ведущим звеном в системе стационарной медицинской помощи являются многопрофильные больницы, которые находятся в непосредственном ведении местных органов власти.

В настоящее время объем расходов на стационарную помощь (в рамках оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) в несколько раз превышает расходы на первичную медико-санитарную помощь, а сама система оказания медицинской помощи ориентирована преимущественно на стационарное лечение [69]. Анализ бюджетных средств, израсходованных на здравоохранение по системе Министерства здравоохранения, показывает, что около 55 % выделенных средств расходуется на оказание медицинской помощи в стационарах [70].

Для улучшения качества стационарной помощи необходимо предпринять комплекс мер, включающий повышение квалификации врачебного и среднего медицинского персонала, материально-техническое перевооружение больничных организаций, определение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на уровне стационара и стандартизацию медицинских услуг путем внедрения клинических протоколов диагностики и лечения больных, основанных на принципах доказательной

медицины. Для повышения качества оказания медицинской помощи жителям отдаленных и труднодоступных населенных пунктов необходимо развивать санитарную авиацию, мобильную и телемедицину.

В зависимости от характера заболевания медицинская помощь бывает экстренной и плановой.

*Экстренная медицинская помощь* — это комплекс медицинских услуг, оказываемых при состояниях, угрожающих жизни больного или здоровью окружающих его лиц. При наличии обстоятельств, угрожающих жизни больного, медицинский или фармацевтический работник вправе использовать любой вид транспорта, имеющийся в данной обстановке, для проезда к месту нахождения больного либо для его транспортировки в лечебно-профилактическое учреждение. Отказ должностного лица в содействии медицинскому или фармацевтическому работнику в оказании экстренной медицинской помощи гражданам, а также владельцев транспорта предоставить его для этих целей влечет ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь [3, с. 27, 95].

*Плановая медицинская помощь* — это комплекс медицинских услуг, предоставляемых при нарушениях физического или психического здоровья пациента, не представляющих непосредственной угрозы его жизни или здоровью окружающих. В зависимости от категории субъекта, претендующего на оказание медицинской помощи, различают медицинскую помощь разным социальным категориям: матери и ребенку, детям и подросткам, семье, инвалидам, беременным женщинам, лицам пожилого возраста, военнослужащим, лицам, находящимся в местах лишения свободы и др.

С учетом специфики заболевания, его опасности для окружающих и для самого больного выделяют:

а) медицинскую помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями (психиатрические расстройства, алкоголизм, наркомания);

б) медицинскую помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (туберкулез, СПИД), а также карантинными заболеваниями [3, с. 28].

На основании всего вышеизложенного в отношении прав и обязанностей непосредственных участников современного лечебно-диагностического процесса (медицинских работников и пациентов), можно сделать аргументированный вывод о том, что государство создает реальную основу для их реализации на основе паритета прав и законных интересов.

## 1.2. Модели коммуникаций в системе «врач–пациент»: проблема оптимального выбора

Полнота реализации прав граждан в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи напрямую зависит от выбора модели взаимоотношений в системе «врач–пациент».

В разных культурах и в разных обществах отношения между врачом и пациентом складываются по-разному. Однако на протяжении всей истории основой отношений между врачом и больным остается доверие.

Так, известный хирург, профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий в работе «Дух, душа и тело», которую он начал в 1920-х годах, будучи только врачом, доктором медицинских наук, а закончил в 1947 году, став уже архиепископом Крымским и Симферопольским Лукой, раскрывает необходимость патерналистских отношений между врачом и пациентом, в основе которых должен лежать принцип доверия.

Профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий утверждал, что «доверие или недоверие врачу глубоко определяет исход болезни». Он разделял принцип врачебного сообщества, окончательно сформировавшегося к XI веку, согласно которому успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше». Свою позицию В. Ф. Войно-Ясенецкий основывал на учении о центральной нервной системе. Он пишет: «Физиологи вполне выяснили зависимость психических актов и состояний от нормальных процессов или патологических функций нервной системы вообще». Причем «центральная нервная система главенствует над всеми соматическими процессами, определяет и направляет работу всех органов, их рост и трофическое состояние, могущественно воздействует на течение физиологических процессов. Поэтому мы вправе считать все воздействия центральной нервной системы на органы и ткани психическими воздействиями». И самая главная мысль: «... если несомненно, что соматические процессы в значительной степени определяют течение психических процессов, то столь же несомненно, что необходимо признать и психическое воздействие на все соматические процессы в организме». В. Ф. Войно-Ясенецкий делает вывод, что только доверительные, «отеческие» взаимоотношения между врачом и пациентом являются единственно правильными и способными благоприятно влиять на исход лечения.

Позднее многие отечественные и зарубежные авторы отмечали, что эффективное взаимодействие в системе «врач–пациент» оказывает решающее влияние на результаты лечения [7, 8, 94, 108].

В 1972 году Роберт Витч (R. M. Veatch) выделил 4 модели морально-этических взаимоотношений между врачом и пациентом.

Модель «технического типа» строится на образе врача-ученого, относящегося к больному бесстрашно и безоценочно; при этом врач, опираясь на факты, избегает ценностных суждений и, в частности, предоставляет все факты пациенту, оставляя за последним право на принятие решения.

В модели «сакрального типа» моральный авторитет врача оказывает такое влияние на пациента, что подавляет его свободу и достоинство.

Модель «коллегиального типа» предполагает, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели — ликвидации болезни и защите здоровья пациента.

В модели «контрактного типа» усматриваются действия на основе взаимных обязательств и ожидаемой взаимной выгоды, а предпосылкой (в идеале) служит доверие [116].

Российский исследователь П. Д. Тищенко (1998), в целом придерживаясь представлений Р. Витча, отмечает, что рассмотренные им модели взаимоотношений между врачом и пациентом можно классифицировать и по иным основаниям, в частности, по тому, каким — монологичным или диалогичным — представляется в них взаимодействие между врачом и пациентом.

Монологичной моделью П. Д. Тищенко считает такую, в которой общение между врачом и пациентом выстраивается как монолог знающего специалиста с «невежественным слушателем».

Диалогичной моделью автор считает такую, при которой взаимодействие врача и пациента разворачивается как диалог равноправных партнеров, обсуждающих общую проблему с разных сторон и как бы дополняющих познания друг друга для более точного отображения истинного положения дел [94]. Следует согласиться с утверждением П. Д. Тищенко, что каждая из рассмотренных моделей представляет собой идеальные типы, т. к. в конкретных ситуациях ни одна из них, как правило, не реализуется в чистом виде. Выбор той или иной модели может и должен быть обусловлен состоянием пациента и характером оказываемой ему помощи, квалификацией врача и т. д.

По мнению С. Г. Стеценко существуют следующие модели взаимоотношений врача и пациента:

- патерналистская (врач дает указание больному поступить именно так, а не иначе);
- либерационная (врач сообщает больному информацию о заболевании, оставляя за пациентом право выбора конкретного метода лечения);
- технологическая (врач и больной ориентируются на показания диагностической аппаратуры);
- интерпретационная (врач беседует с больным, разъясняя суть заболевания пациента) [89].

Другой российский ученый Н. Н. Седова рассматривает три варианта коммуникации в системе «врач–пациент», делая акцент на философском аспекте проблемы [84].

Первый — когда действия врача основаны, прежде всего, на его знаниях. Пациент рассматривается не как индивидуальность, а как «представитель болезни».

При втором варианте ведущими компонентами в деятельности врача являются оценки. В данном случае, если знания пришли в противоречие с оценками, предпочтение отдается последним. Оценить состояние больного по известной шкале клинической тяжести, его личность и его способность к борьбе с болезнью, сравнить с другими пациентами, сопоставить с желаемым — таковы основные этапы оценочной деятельности врача.

Третий вариант — когда между врачом и пациентом устанавливаются отношения диалогизма «Я – Ты». Тогда процесс лечения превращается в процесс переживания друг друга, изменяется личность и пациента и врача. Жалобы больного вызывают персональную эмоциональную реакцию врача, он как бы принимает на себя страдания больного, а избавление от них становится его личной проблемой. Пациент при этом как бы проникается внутренними силами врача, не просто зная, что тот ему поможет, а чувствуя каждое мгновение этого процесса.

Н. Н. Седова подчеркивает скрытую опасность диалогизма в медицине, поскольку процесс переживания за больного может привести к тому, что человек окончательно вытеснит врача, а эмоции заменят врачебные манипуляции. Недаром больше всех осложнений и неприятностей бывает тогда, когда врач лечит близких ему людей. Он не может абстрагироваться от эмоционального переживания, которое лишает его хладнокровия и логики. Правильное решение в данной ситуации гарантируется высоким профессионализмом [84].

Американские специалисты в области медицинского права E. J. Estmanuel и L. L. Estmanuel выделяют следующие модели взаимоотношений врача и пациента.

Информационная модель («научная», «инженерная», «потребительская»). Врач выступает в качестве компетентного эксперта-профессионала. Он собирает, предоставляет и разъясняет всю информацию о болезни самому больному. Все это он делает без эмоций и сочувствия. Он обязан быть бесстрастным. При этом пациент имеет право на всю информацию и самостоятельно выбирает вид медицинской помощи, полностью контролируя проводимое лечение. Пациент может быть необъективным, поэтому задача врача — разъяснить и подвести больного к выбору правильного лечения.

Интерпретационная модель. Врач — консультант и советчик. Он должен выяснить требования больного и оказать помощь в выборе лече-

ния. Причем, как и в информационной модели, врач обязан как можно полнее информировать больного и разъяснить состояние его здоровья, пользу и риск лечения. При этом врач не должен осуждать требования больного, какими бы неправомерными они не казались с медицинской точки зрения. От врача требуется терпеливая работа с больным, направленная на его убеждение.

Совещательная модель. Врач — друг или учитель. Все решается на основе доверия, диалога и взаимного согласия.

Патерналистская модель («родительская» или «отцовская»). Врач обследует больного, устанавливает диагноз, выбирает лечение и знакомит больного, причем так, чтобы получить его согласие на лечение. При необходимости врач настойчиво рекомендует выбранное им лечение, особенно при оказании неотложной медицинской помощи [113].

Российский специалист в области психологии Б. Д. Карвасарский отмечает, что взаимоотношения врача и пациента в каждом конкретном случае складываются индивидуально, в зависимости от особенностей состояния и личности пациента, его заболевания, индивидуально-психологических особенностей врача. Отмечается также, что на формирование коммуникаций влияют половые и возрастные различия, уровень образования, социальный статус. При этом выделяются следующие 3 модели взаимоотношений [43].

Руководство. Основной, базовой моделью отношений «врач–больной» остается руководство — властная, авторитарная модель с жесткой структурой при ведущей роли врача. Врач доминирует в этих взаимоотношениях, занимая активную лидерскую позицию, определяет стратегию и тактику лечения, все решения по ключевым вопросам лечебно-диагностического процесса принимает он сам и берет на себя всю полноту ответственности (юридической, моральной, психологической). Больной в этом случае остается пассивным, малоактивным, объектом терапии. Модель руководства наиболее характерна для клиники внутренних болезней, хирургии, гинекологии, стоматологии, травматологии.

Партнерство. Партнерская модель взаимоотношений «врач–больной» более демократична. Как модель неавторитарного сотрудничества, терапевтического союза она предполагает активное участие пациента в лечебном процессе. При этом допускается определенная степень ответственности и самостоятельности больного, его участие в принятии решений, определении стратегии и тактики лечения. В основе взаимоотношений лежит эмпатический подход к пациенту. Сопереживание определяет большую степень психологической близости, чем при модели руководства. Подобная модель коммуникации широко используется в психотерапии.

Контрактная модель. В условиях платной медицины сложилась контрактная (договорная) модель взаимоотношений «врач–пациент». Она по-

зволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоим его участникам. В рамках контрактной модели врач и пациент приступают к лечению на основе соглашения (контракта) относительно общего понимания болезни, ее причин, особенностей течения и прогноза, стратегии лечения. Врач, с учетом потребностей и возможностей больного, а также задач терапии, прогнозирует с определенной долей вероятности выраженность эмпатической коммуникации, а также меру ответственности самого пациента за ход и результаты лечения. Юридическая ответственность за результаты лечения в любом случае несет врач, но психологическая ответственность в определенной степени лежит на больном. Оплачивая медицинские услуги, пациент получает право выбирать врача. Он полагает, что, заключая контракт, располагает гарантиями на квалифицированную помощь и ее доступность, правом на прерывание курса лечения и смену врача. Контрактная модель характерна для эстетической и пластической хирургии, косметологии [43].

Анализ приведенных подходов разных исследователей свидетельствует, что при имеющихся различиях в акцентировании тех или иных аспектов взаимоотношений в системе врач-пациент, обусловленных, в частности, интерпретацией информационного потенциала пациента и вытекающей отсюда его активности в лечебном процессе, большинство авторов выделяет 4 основные модели коммуникаций (техническая или информационная, контрактная, коллегиальная, патерналистская или сакральная).

При этом необходимо отметить разночтения в приоритетах общего направления развития взаимоотношений в системе врач-пациент в последние годы. Так, согласно Л. Г. Дукову и П. М. Варнакову технической (информационной) модели отдается все больший приоритет, исходя из того, что до 70-х годов прошлого столетия главенствующей была роль врача, а в последнее время все большее значение имеет мнение пациента; обязанности же врача стали сводиться к снабжению больного необходимой информацией и ее разъяснению с тем, чтобы пациент получил возможность самостоятельного выбора.

Если в США патерналистская модель используется редко, то, например, в России она наиболее распространена, что во многих случаях представляет собой нарушение прав пациента и его личностной автономии [31].

В Республике Беларусь специальные исследования по данной проблеме не проводились. Учитывая опыт российских коллег, можно предположить, что характер коммуникативных связей в системе врач-пациент складывается аналогичным образом.

При оказании хирургической помощи врач постоянно сталкивается с проблемой выбора той или иной модели коммуникации. Однозначной рекомендации по поводу этого непростого выбора быть не может. Опре-



деляющими факторами, в первую очередь, должны стать личностные характеристики пациента и срочность оказания медицинской помощи.

Необходимо также учитывать реальную возможность ограничения личностной автономии самим пациентом, не желающим или не способным принимать активного участия в обсуждении с врачом предполагаемого плана лечебно-диагностических мероприятий.

Невозможно представить контакт хирурга с пациентом, построенный на основе «технической» или «контрактной» модели (по Р. Витчу) при оказании экстренной хирургической помощи. Неотложные, угрожающие жизни состояния характеризуются изменением психологических свойств личности больного. Пациент напуган, часто обессилен физическими и моральными страданиями. Он ждет от врача искреннего участия, а не сухого изложения информации, стороннего наблюдения и эмоционального отстранения. В данной ситуации, на наш взгляд, приемлема модель «ослабленного патернализма», предложенная Т. В. Мишаткиной [7]. Эта модель допускает частичное ограничение автономии личности, направленное на ее благо. Предварительная информация пациенту должна быть предоставлена в минимальном, но достаточном для понимания объеме, с учетом тяжести состояния больного, способности к восприятию и адекватной оценки полученных сведений. Пациент должен четко представлять, что риск отказа от медицинского вмешательства значительно превышает таковой при выполнении самого вмешательства. После устранения угрозы жизни информация пациенту предоставляется в полном объеме с учетом его личностных характеристик.

При оказании плановой хирургической помощи модель «коллегиального» типа будет считаться наиболее приемлемой. Врач и пациент должны обсудить предполагаемый объем лечебно-диагностических мероприятий. Задачей хирурга является помощь больному в принятии правильного решения на основании полученной им информации. Уверенность врача в истинной необходимости операции, а не желание выполнить ее «любой ценой», убедит и пациента принять мнение хирурга.

Оказание хирургической помощи на платной основе, эстетические и пластические оперативные вмешательства должны осуществляться в условиях «контрактной», «договорной» модели коммуникаций. Это позволит усилить этико-правовые позиции обеих сторон, поможет избежать необоснованных претензий со стороны пациента, не удовлетворенного полученным результатом. Информация, предоставляемая пациенту, должна быть максимальной, «полнее полной».

Рассмотренные выше этико-правовые аспекты оказания медицинской помощи имеют важнейшее практическое значение. На наш взгляд, именно нарушение норм этики и деонтологии в отношении пациента и (или) его законных представителей, ущемление их законных прав и интересов,

является причиной возникновения серьезных конфликтов между непосредственными участниками лечебно-диагностического процесса.

## Глава 2

### Проблемы реализации прав пациента при оказании хирургической помощи

«Врачебная деятельность как деятельность общественная является закономерной только до тех пор, пока она не нарушает других самостоятельных прав общества или его членов, в противном случае она становится противозаконной. Правомерность врачебной деятельности покоится на двух принципах: ее полезности и свободе человеческой личности. В силу этого никакое благое намерение, никакая благая цель не оправдывает перед личностью, с точки зрения права, вмешательств в сферу ее интересов без ее на то согласия»

*Н. Н. Михайлов,  
приват-доцент Университета Св. Владимира (из прочитанной в 1904 г. лекции студентам V курса «О праве оперировать»)*

«Что бы при лечении, а также и без лечения, я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайною».

*Гиппократ  
(«Клятва Гиппократа», 300 г. до н. э.)*

#### 2.1. ПРИНЦИП ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ХИРУРГИИ

Поскольку пациент стал занимать все более активную позицию в лечебно-диагностическом процессе, получив, в частности, право на участие в принятии решений о выборе методов лечения и (или) обследования вплоть до отказа от них, то это предполагает его информированность. В этой связи все большее значение получает принцип информированного согласия, который считается краеугольным камнем современных взаимоотношений врача и пациента [27, 78, 84, 89, 92, 114, 117]. Для хирургии это утверждение особенно актуально, поскольку оперативное вмешательство, выполненное без согласия пациента, считалось бы насилием над личностью, грубым нарушением ее права на неприкосновенность, гарантированную Конституцией страны (статья 2).

В Древней Греции участие пациентов в принятии медицинского решения не приветствовалось. Средневековые источники содержат упоминания

нения о беседах между врачами и пациентами, которые по большей части проводились для поддержания спокойствия и веры последних, но в то же время вполне допускалось манипулирование пациентом и введение его в заблуждение. Во времена эпохи Просвещения появилось мнение, что у пациента есть право выслушать врача, но эта уловка опять же была необходима, чтобы облегчить управление пациентом. В XIX веке в медицинских кругах активно дискутировался вопрос о том, следует ли раскрывать пациенту неблагоприятный прогноз развития заболевания. Однако и до сих пор специалисты не пришли к однозначному мнению по данной проблеме [16].

В дореволюционной России долгое время представление о праве пациента на добровольное информированное согласие носило чисто этический характер. Врачебный Устав, изданный в 1875 году и действовавший до 1917 г., не предусматривал норм о согласии пациента [79].

Становлению добровольного информированного согласия как юридической категории в значительной степени способствовали судебные процессы в США начала прошлого века. Так, дело *Schloendorff v. Society of New York Hospital* 1914 г., в котором правило, лежащее в ее основе, было сформулировано следующим образом: «Каждый взрослый дееспособный человек имеет право самостоятельно определять, что будет сделано с его телом...». Данное дело послужило отправной точкой для развития «теории насилия» (*battery theory*), согласно которой медицинское вмешательство без согласия пациента рассматривалось как насилие и причинение телесных повреждений и для возложения ответственности на доктора необходимо было доказать лишь отсутствие согласия пациента [16].

В 60–70-е годы XX века в США на смену этой теории пришла «теория небрежности» (*negligence theory*), согласно которой ответственность возлагалась на врача и в том случае, если согласие пациента было получено, но последнему не была предоставлена надлежащая информация для принятия взвешенного решения. По мнению суда, непредставление необходимой информации аннулировало само согласие, и оно не считалось полученным. Таким образом, акцент сместился уже на информационную часть согласия, и право пациента на согласие на медицинское вмешательство преобразовано в право на информированное согласие [16].

Сам термин «информированное согласие» впервые закреплен в виде формулировки «согласие на основе полной информированности» в 1957 г. Калифорнийским апелляционным судом, который разъяснил: «...врач нарушает свой долг перед пациентом и подлежит ответственности, если он утаивает какие-либо факты, необходимые для формирования осознанного согласия на медицинское вмешательство» [27].

В СССР Декрет ВЦИК и СНК РСФСР «О профессиональной работе и правах медицинских работников», принятый 1 декабря 1924 г. и являв-

шийся основным законодательным актом в области здравоохранения вплоть до 1 июля 1970 г., содержал норму, согласно которой хирургические операции производились с согласия больных, а в отношении лиц моложе шестнадцати лет или душевнобольных — с согласия их родителей или опекуна (ст. 20) [100].

1 июля 1970 г. вступили в силу Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении, предусматривавшие согласие больного, а в отношении больных, не достигших шестнадцатилетнего возраста, и психически больных — согласие их родителей, опекунов или попечителей при проведении хирургических операций, сложных методов диагностики, а также при применении новых, научно обоснованных, но еще не допущенных к всеобщему применению методов диагностики, профилактики, лечения и лекарственных средств (ст. 34, 35) [17].

Таким образом, советское законодательство предусматривало право пациента на согласие при проведении отдельных поименованных в законе видов медицинского вмешательства, однако какие-либо указания о предоставлении пациенту необходимой информации отсутствовали.

В настоящее время в ряде стран западной Европы предусмотрено уголовное наказание за производство оперативного вмешательства без согласия пациента. В ФРГ недостаточное разъяснение последствий вмешательства (лечения) больному относится к профессиональным медицинским преступлениям (ст. 223 УК ФРГ) и наказывается лишением свободы сроком до 5 лет или штрафом (для сравнения: убийство по неосторожности имеет аналогичное наказание в соответствии со ст. 222 УК ФРГ) [27].

По Британскому законодательству врач, проводящий лечение без согласия больного, может быть привлечен к уголовной ответственности за «оскорбление действием» [114].

Информированное согласие является не только необходимым юридическим документом, но и процессом, который включает обмен информацией между врачом и пациентом. При этом понятие процесса очень важно, т. к. оно означает установление диалога, без которого не может быть достигнуто согласие [78, 115, 117].

Существуют две основные модели получения информированного согласия пациента на медицинское вмешательство — событийная и процессуальная [16].

В событийной модели принятие решения означает событие в определенный момент времени. На практике это выглядит следующим образом. После оценки состояния пациента врач ставит диагноз и составляет рекомендуемый план лечения. Заключение и рекомендации врача предоставляются пациенту вместе с информацией о риске и преимуществах, а также о возможных альтернативах и их риске и преимуществах. Взвешивая полученную информацию, пациент обдумывает относительный риск

и преимущества каждого вида лечения и затем делает приемлемый с медицинских позиций выбор, который наиболее соответствует его личным ценностям. На поверхности эта модель вполне соответствует основным требованиям информированного согласия. Акцент делается на предоставление полной и точной информации пациенту в момент принятия решения. Однако в событийной модели недостаточно учитывается понимание пациентом полученной информации, и возможность для размышления и интеграции информации в систему ценностей пациента в рамках этой модели невелика.

В противоположность событийной модели процессуальная модель информированного согласия основывается на идее о том, что принятие медицинского решения — длительный процесс, и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом. Лечение здесь подразделяется на несколько стадий, которые могут быть охарактеризованы с помощью основных задач, которые они ставят: 1) установление отношений; 2) определение проблемы; 3) постановка целей лечения; 4) выбор плана лечения; 5) завершение лечения.

В процессуальной модели пациент играет более активную роль по сравнению с относительно пассивной ролью в событийной модели; создаются более благоприятные условия для реализации самоопределения пациента.

Во всех случаях врач обязан информировать пациента:

- о диагнозе;
- цели предлагаемого лечения;
- его возможных последствиях;
- риске лечебно-диагностического процесса;
- возможных разумных альтернативных методах лечения;
- прогнозе в случае отказа от предлагаемого лечения.

По данным современной литературы спорным и нерешенным является вопрос объема, содержательности, обоснованности информации, которую должен предоставить врач [78, 115, 117].

Одновременно с представлениями о содержании информации складывались взгляды и на два различных подхода информирования.

Сторонники так называемого доктороцентристского подхода (тактика «профессионального стандарта») определяли содержание и достаточность предоставляемых больному сведений в зависимости от того, что обычно делается врачами в аналогичных случаях. Следуя этому стандарту профессионального сообщества, врач считался выполнившим свои обязательства по информированию пациента.

В соответствии с пациентоцентристским подходом (тактика «благо-разумного пациента») под надлежащим информированием должно пониматься то, что разумный пациент захотел бы знать о предлагаемом лече-

нии, его риске, последствиях и др., перед тем как принять решение. То есть на врача ложилась обязанность сообщить пациенту все, что может иметь для него существенное значение. Фокусируя внимание на потребностях гражданина, этот подход гораздо более отвечал принципу самоопределения (автономии) пациента.

Проблема объема предоставляемой пациенту информации в различных странах решается по-разному. В Германии врач в беседе с пациентом не обязан указывать, что при всяком оперативном вмешательстве может наступить инфицирование раны; не имеет смысла сообщать о возможности минимальных (0,005 %) осложнений операции (манипуляции), например перфорации прямой кишки в ходе ректороманоскопии (1:20 000). Однако, если осложнения возникают с частотой 0,05 % (1:2000), они рассматриваются как типичные, и о них следует детально информировать пациента. Для судебной практики важно, насколько подробно врач сообщил пациенту о сути и возможных последствиях предстоящей операции. Судебные органы настаивают на том, чтобы врач разъяснил больному суть и возможные последствия назначаемой операции. При этом подчеркивается, что пациент должен понять разъяснения врача, в противном случае возникает феномен так называемой «несостоявшейся информации», что расценивается судебными органами как самовольное лечение [27].

В Великобритании с 1985 г. в законодательном порядке оговорено обязательное количество информации о характере лечения, его последствиях и риске, которую врач обязан предоставить пациенту. Предложена следующая схема обязательных сведений для больного перед началом лечения (операции): 1) показания к лечению; 2) метод терапии; 3) объем (характер); 4) риск; 5) последствия. И хотя судебные органы Соединенного Королевства, принимая решение о возможной вине врача, заключающейся в предоставлении больному неполной информации, ориентируются в основном на заключение экспертов-медиков (в суде зачитывается так называемое «компетентное медицинское мнение» — термин британского судопроизводства), анализирующих в первую очередь качество предоставленной информации, судья в свою очередь должен удостовериться в том, что в данном клиническом случае врач выполнил вмененные ему законом обязательства по количеству сообщенных сведений.

В британском парламенте идея «благоразумного пациента», принятая в США, не нашла должного числа сторонников. Причиной того, что эта идея не востребована в судопроизводстве Великобритании, явились существенные возражения против нее членов верхней палаты. Законодатели сочли, что самостоятельные попытки пациента получить всю, в том числе негативную и малосущественную, информацию о риске и возможных неудачах лечения приведут скорее к ухудшению его психического и физического состояния. Напротив, информирующий больного врач одно-

временно оценивает его психический и физический статус и в случае неудовлетворительного состояния пациента, обладая так называемой «медицинской привилегией» (британский судебный термин), может сообщить информацию о риске лечения в более щадящей форме, без психологического ущерба для пациента. Британские парламентарии подчеркивали, что если так называемому «благоразумному пациенту» оставить право индивидуального принятия решения, в том числе о том, какой объем информации относительно рассматриваемого риска лечения будет достаточным, то результаты судебных разбирательств по таким вопросам станут непредсказуемыми [27].

В литературе отмечается, что если в начальный период формирования доктрины информированного согласия основное внимание уделялось вопросам предоставления информации пациентам, то в последние годы акцент сместился на понимание пациентом полученной информации, а также согласия по поводу лечения [27, 78, 84, 89, 92, 114, 117].

Типы информации, которые могут быть раскрыты, называют иногда элементами согласия. Среди других элементов согласия, которые необходимо отметить, можно выделить: альтернатива цены, виды лечения со страхованием и без него, степень разногласия с медицинским персоналом о методе лечения. В особых случаях возможна дополнительная информация (информация о специалистах, названии предприятия может быть уместной для пациента при решении согласиться или нет на предложенное лечение).

Существует несколько элементов информации, которая является частью согласия, но не всякая информация может быть раскрыта пациенту, несмотря на ее важность. Однако, практически во всех источниках, посвященных проблеме информированного согласия, отмечается, что в любом случае пациенту необходимо знать информацию в зависимости от особенностей личности, знаний врача и интересов пациента.

Интересны, на наш взгляд, результаты социологических исследований, посвященных проблеме практической реализации доктрины информированного согласия. Так, согласно данным проведенного в 2008 году социологического опроса российского населения, 59 % респондентов ответили утвердительно на вопрос о том, имеет ли пациент право знать всю правду о состоянии своего здоровья, и только 32 % считали, что врач должен решать, что именно сообщать пациенту. В том же исследовании был задан и такой вопрос: «Если состояние пациента безнадежно, имеет ли он знать всю правду о состоянии своего здоровья, или врач должен решать, что именно следует сообщать пациенту?». 47 % респондентов согласились с тем, что пациент имеет такое право, а 41 % сочли, что в этом случае решение о правдивом информировании является прерогативой врачей. В ходе опроса, проведенного среди московских врачей, на вопрос:



«Информируете ли вы своих пациентов о диагнозе и прогнозе?» 11 % ответили «обычно нет», 19 % — «иногда», 30 % — часто и 40 % — «почти всегда». Таким образом, 70 % врачей признали правдивое информирование пациентов своей обычной практикой. В то же время на вопрос: «Считаете ли Вы, что пациент имеет право знать о безнадежном диагнозе?» утвердительно ответили лишь 27 % врачей, а отрицательно — 46 % [94].

Согласно данным Г. Л. Микиртчян и В. В. Шепилова (2008 г.) право больного получать подробную установку признали 79,7 % анкетированных ими врачей-ангиохирургов. Неблагоприятный прогноз сообщают сразу 32,4 %, мотивируя это, прежде всего тем, что больной имеет право знать правду и тогда серьезнее отнесется к обследованию и лечению, легче даст согласие на операцию. Постепенно сообщают прогноз 23,9 % врачей, обосновывая это необходимостью психологической подготовки больного. Тяжелый прогноз не сообщают больному 25,3 % опрошенных. К сообщению прогноза сугубо индивидуально подходят 18,4 % врачей. План обследования обсуждают 87,8 %, план лечения — 89,2 % врачей. Право выбора больным метода лечения признают 75,7 % врачей, т. е. около четверти врачей отрицают это право, потому что больной, по их мнению, некомпетентен в области медицины.

В целом, социологические опросы показывают, что врачи, признавая права больного на информацию о состоянии своего здоровья и на отказ от того или иного медицинского вмешательства, преимущественно отрицают право пациента на контроль за медицинским вмешательством и на оценку качества оказанной ему медицинской помощи, т. е. придерживаются, в основном, патерналистской модели коммуникации в системе «врач—пациент».

Таким образом, проблема информированного согласия в медицине являлась предметом изучения современными исследователями. Однако стратегия информирования пациента и получения согласия на осуществление медицинского вмешательства требует детализации с учетом целого ряда субъективных и объективных обстоятельств. Так, в доступной нам литературе не освящен алгоритм получения согласия пациента на медицинское вмешательство в зависимости от сложности и сроков его выполнения, отсутствует описание четкого порядка действий в случае отказа пациента от медицинского вмешательства, нет единого мнения в отношении объема предоставляемой больному информации.

По нашему мнению, наиболее полной реализации пациентом права на добровольное информированное согласие будет способствовать разработка этических рекомендаций и юридических стандартов необходимого объема предоставляемой информации о предстоящем медицинском вмешательстве. Особое внимание следует уделить специфике оказания медицинской помощи несовершеннолетним гражданам и недееспособным

пациентам (признанным в установленном законом порядке недееспособными). На стратегию информирования пациента и получения добровольного согласия, несомненно, влияют сроки, необходимые для оказания медицинской помощи, сложность медицинского вмешательства, а также юридический статус пациента.

При **плановом** медицинском вмешательстве **дееспособному совершеннолетнему** гражданину, информация должна предоставляться лично пациенту и как можно в более полной форме. При этом необходимо удостовериться в согласии пациента на получение информации о состоянии собственного здоровья, применяемых методах оказания медицинской помощи, а также о квалификации лечащего врача, других медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи (ст. 41 Закона «О здравоохранении»); определить лиц, которым следует сообщать информацию о состоянии его здоровья, либо запретить ее сообщение определенным лицам (ст. 46 Закона «О здравоохранении»); предоставить пациенту информацию в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии и доступной для понимания лица, не обладающего специальными знаниями в области здравоохранения (ст. 46 Закона «О здравоохранении»).

Предоставляемую пациенту информацию необходимо разделить на следующие блоки.

А) Информация об основном заболевании, вариантах течения, прогнозе; сопутствующих заболеваниях, их вариантах течения, прогнозе, а также о взаимном влиянии патологических процессов, прогнозе для здоровья и жизни; вероятном изменении качества жизни в случае отказа от предлагаемого медицинского вмешательства.

В) Информация, относящаяся непосредственно к медицинскому вмешательству. В данном блоке информации необходимо обязательно отразить цель предстоящего медицинского вмешательства, прогнозируемый результат и возможные риски. Обязательна информация о возможной необходимости изменения плана медицинского вмешательства при возникновении непредвиденных обстоятельств во время выполнения вмешательства, в случае, если пациент, в данный момент, не в состоянии выразить свою волю. Пациент должен знать и об альтернативных методах лечения или диагностики данной патологии и получить убедительные доказательства в пользу предстоящего вмешательства. Должен быть оговорен предполагаемый эффект от выполнения медицинского вмешательства.

С) Пациенту предоставляется информация о его правах и обязанностях в соответствии со ст. 41 и 42 Закона «О здравоохранении».

После предоставления вышеуказанной информации врач получает **письменное** информированное добровольное согласие пациента на планируемое **сложное** медицинское вмешательство. **Простое** медицинское

вмешательство **совершеннолетнему дееспособному**, а также **несовершеннолетнему (от 16 до 18 лет)** пациенту, может быть выполнено с их устного согласия.

При оказании **плановой** медицинской помощи **несовершеннолетнему в возрасте до 18 лет** письменное согласие на **сложное** медицинское вмешательство должно быть получено у законных представителей (родителей, усыновителей, опекунов, попечителей). Для лиц, признанных в установленном порядке **недееспособными**, необходимо **письменное** согласие их опекунов. В отношении лиц, **не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения**, требуется **письменное** согласие супруга (супруги) или одного из близких родственников (родителей, совершеннолетних детей, родных братьев (сестер), внуков, деда (бабки)). **Простое плановое** медицинское вмешательство в отношении **несовершеннолетних до 16 лет, пациентов, признанных в установленном порядке недееспособными, а также лиц, не способных к принятию осознанного решения**, может осуществляться с устного согласия их опекунов и законных представителей. Информация, предоставляемая опекунам или законным представителям должна предварять медицинское вмешательство и быть настолько полной, как если бы она предоставлялась самому пациенту.

При оказании **неотложной** медицинской помощи **дееспособному совершеннолетнему** пациенту, информация предоставляется предварительно, в минимальном объеме, в зависимости от срочности медицинского вмешательства. Пациент должен четко представлять, что риск отказа от медицинского вмешательства значительно превышает таковой при выполнении самого вмешательства. После устранения угрозы жизни информация пациенту предоставляется в полном объеме в соответствии с вышеуказанными требованиями.

Решение об оказании **неотложной** медицинской помощи **совершеннолетнему** пациенту, **физическое и психическое состояние которого препятствует выразить ему свою волю**, принимается с письменного согласия супруга (супруги) или одного из близких родственников (родителей, совершеннолетних детей, родных братьев (сестер), внуков, деда (бабки)), а при их отсутствии или невозможности установить их местонахождение — врачебным консилиумом; при невозможности его проведения — лечащим врачом с оформлением записи в медицинской документации (ст. 44 Закона «О здравоохранении»). Лечащий врач (врачебный консилиум), принявший решение и осуществивший неотложное медицинское вмешательство, при первой возможности должен уведомить об этом руководителя организации здравоохранения, а также лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона «О здравоохранении»). Когда физическое и психическое состояние пациента позволит ему выразить свою волю,

необходимо предоставить пациенту полную информацию в соответствии с вышеуказанными блоками.

Предоставление информации и получение необходимого добровольного согласия при оказании **неотложной** медицинской помощи гражданам, **признанным в установленном порядке недееспособными**, должно осуществляться с письменного согласия их опекунов. В отношении **несовершеннолетних** — с письменного согласия их законных представителей. Объем предоставляемой информации определяется необходимыми сроками выполнения медицинского вмешательства. После устранения угрозы жизни информация опекунам и законным представителям предоставляется в полном объеме в соответствии с вышеуказанными требованиями.

В соответствии со ст. 44 Закона «О здравоохранении» согласие на сложное медицинское вмешательство может быть отозвано пациентом либо лицами, представляющими его законные интересы, и лечащим врачом, за исключением случаев, когда медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни или здоровья пациента. Отзыв согласия на сложное медицинское вмешательство и информация о невозможности удовлетворения отзыва с указанием причин оформляются записью в медицинской документации и подписываются пациентом либо лицами, представляющими его законные интересы, и лечащим врачом. Отзыв согласия на простое медицинское вмешательство осуществляется лицами, давшими его. Отметка об отзыве согласия на простое медицинское вмешательство делается медицинским работником в медицинской документации.

Предложенные авторами этические рекомендации и правовые стандарты оформления согласия на медицинское вмешательство представлены в виде таблицы (см. прил. 1).

В практической деятельности, при получении согласия пациента на медицинское вмешательство, возникают вопросы относительно того, какая часть информации должна быть предоставлена письменно, а какая может быть оформлена в устной форме.

По мнению проф. С. Г. Стеценко, преимуществами устной формы информирования пациента перед медицинским вмешательством являются:

1. Простота реализации законного права пациента.
2. Укрепление доверия между врачом и пациентом.
3. Возможность гибкого общения для достижения максимального осмысления пациентом медицинской информации [90].

Однако исследованиями П. Мищичека (1987) установлено, что при устной передаче информации, возникшую мысль, идею необходимо сначала сформулировать в словесном виде (внутренняя речь), а уж затем пе-

рести во внешнюю речь, то есть высказать. Произнесенная речь должна быть услышана, воспринята, осознана и зафиксирована в памяти. На каждом из перечисленных этапов информационного обмена происходят потери и искажения информации. Величина этих потерь определяется общим несовершенством человеческой речи, невозможностью полно и точно воплотить мысль в словесные формы, и достигает, в среднем, до 75–80 % от исходного объема. А если учесть степень доверия или недоверия к конкретному медицинскому работнику, эмоциональное и физическое состояние пациента (страх, тревога, депрессия, острая боль, черепно-мозговая травма, интоксикация, кровопотеря и т. п.), его личные цели и устремления, то процент потерь или искажения информации увеличивается еще больше [78].

В восьмидесятых годах прошлого века американские врачи исследовали память пациентов, касающуюся информации по поводу предполагаемой операции на открытом сердце. Все пациенты знали о своей болезни, т. к. страдали ею в течение многих лет. Все они получили исчерпывающую информацию, касающуюся предстоящих медицинских вмешательств. После операции их попросили ответить на следующие вопросы: о диагнозе болезни, качестве хирургического вмешательства, рисках, связанных с операцией, возможных осложнениях, ожидаемых результатах после операции и альтернативных методах лечения. Иначе говоря, вопросы задавались по поводу той информации, которую им предоставили при получении согласия на медицинское вмешательство. Результаты показали очень низкое запоминание: 16 % пациентов вообще отрицали, что перед операцией с ними была проведена беседа. Другие сообщили неверные детали. На первом этапе опросов, в ближайшем послеоперационном периоде, было обнаружено, что пациенты помнят примерно 42 % предоставленной им информации. На втором этапе исследования, в отдаленном послеоперационном периоде, пациенты смогли воспроизвести только 29 % предоставленной им перед вмешательством информации [117].

Преимуществами письменной формы информирования пациента перед медицинским вмешательством, по мнению С. Г. Стеценко, являются:

1. Возможность пациента самостоятельно ознакомиться с медицинской информацией перед принятием решения.
2. Возможность врача заблаговременно подготовить форму согласия пациента на медицинское вмешательство в соответствии с медицинскими и юридическими требованиями и учетом индивидуальных особенностей пациента.
3. Повышение ответственности медицинского работника и пациента в процессе принятия решения о необходимости и объеме медицинского вмешательства при оформлении письменной юридической формы.

4. Возможность использования письменной формы согласия в процессе досудебных и судебных разбирательств при возникновении конфликта [90].

По нашему мнению, информация блока А может быть представлена в устной форме, за исключением диагноза. В онкологической практике допустимо его написание в завуалированной форме — «образование», «заболевание» соответствующей локализации без упоминания о злокачественности. Это не будет противоречить требованиям законодательства и оградит пациента от излишней эмоциональной нагрузки.

Способ оформления предоставляемой пациенту информации блока В зависит, на наш взгляд, от срочности оказания медицинской помощи. В неотложной ситуации, оказании помощи при угрожающих жизни состояниях, нет необходимости (и достаточного времени) в полном перечислении и письменной фиксации всех рисков развития осложнений, подробном описании предстоящего вмешательства и т. д. Однако пациент должен знать о возможном изменении хода медицинского вмешательства ввиду возникновения непредвиденных и непрогнозируемых до начала его выполнения обстоятельств (необходимости перехода от скопических методик к открытым, выполнения резекции или экстирпации органа, выведения стомы, ампутации конечности и т. д.). При этом название предполагаемого вмешательства должно быть написано самим пациентом или, по его просьбе, врачом.

Плановое медицинское вмешательство ввиду достаточности необходимого для принятия решения времени должно быть подробным образом описано врачом с обязательным оформлением результатов информирования пациента или его законных представителей в письменном виде. Данное требование мы основываем на том обстоятельстве, что плановое медицинское вмешательство, как правило, выполняется с целью улучшения качества жизни, а не устранения угрозы для нее. Пациент на основании полученной в полном объеме информации может самостоятельно определить необходимые сроки выполнения медицинского вмешательства либо отказаться от него. Задача врача — предоставить пациенту полную, объективную информацию, помочь ему в принятии решения, а не выполнить вмешательство «любой ценой». Письменная форма оформления предоставляемых пациенту или его законным представителям сведений будет соответствовать наиболее полной объективизации информационного обмена в системе «врач–пациент».

Медицинские вмешательства, выполняемые на платной основе (в том числе в пластической или эстетической хирургии), требуют еще более тщательного подхода в плане информирования пациента. На наш взгляд, необходимо разработать отдельные формы информированного добровольного согласия для каждого медицинского вмешательства в отдельно-

сти с их подробной характеристикой и присущими только им особенностями. Это позволит снизить частоту возникновения конфликтов из-за несоответствия результатов вмешательства ожиданиям пациента.

Информация третьего блока (блок С) в обязательном порядке должна предоставляться пациенту в стандартном (унифицированном) виде и не требовать от врача затрат времени на их составление. Часть этой информации может быть представлена в договоре о возмездном оказании услуг, если таковой заключается с пациентом. В этом случае наряду с указанием финансовых условий выполнения медицинского вмешательства, оговариваются обязанности пациента и его права на защиту своих законных интересов, как в процессе выполнения медицинского вмешательства, так и после него.

Нерешенным остается вопрос о том, на какие именно вмешательства должно оформляться письменное согласие пациента. В Законе «О здравоохранении» (статья 44) указывается, что «Согласие на простое медицинское вмешательство дается устно пациентом или лицами, указанными в части второй статьи 18 настоящего Закона» и далее: «Обязательным условием проведения сложного медицинского вмешательства является наличие предварительного письменного согласия совершеннолетнего пациента или лиц, указанных в части второй статьи 18 настоящего Закона». В медицинской практике применяются как лечебные, так и диагностические вмешательства, отличающиеся сложностью и опасностью для здоровья и жизни пациента, но существуют и другие виды вмешательств, не представляющие прямой угрозы для здоровья, а тем более жизни пациента. Требовать от медицинских работников получения согласия пациента на все вмешательства нереально и бессмысленно. Это приведет к пустой трате времени на заполнение медицинской документации и к бюрократизации работы врачей.

На наш взгляд, не может быть определяющим разграничение вмешательств, требующих отдельного согласия, по признакам: диагностическое или лечебное, инвазивное или неинвазивное, терапевтическое или хирургическое и т. д. Существует немало диагностических медицинских вмешательств, требующих не меньшей осторожности, и представляющих не меньшую опасность при проведении, чем отдельные терапевтические вмешательства: пункция органов брюшной или грудной полости, функциональные пробы и т. п.

Основным признаком, определяющим необходимость получения отдельного согласия пациента на медицинское вмешательство, является наличие непосредственной опасности самого вмешательства или высокой степени вероятности возникновения осложнений, представляющих угрозу для здоровья и жизни пациента, способных привести к стойкому ухудшению качества его жизни. Это касается осложнений, развитие которых

возможно в ходе выполнения медицинского вмешательства или в ближайшее после его проведения время.

Менее опасные медицинские вмешательства, не представляющие непосредственной опасности для жизни и здоровья (простые медицинские вмешательства), не способные привести к стойкому ухудшению качества жизни, могут быть представлены в комплексе диагностических и лечебных мероприятий. Согласие пациента на их выполнение должно быть получено при обсуждении общего плана лечебно-диагностического процесса.

Важным вопросом, касающимся предоставления пациенту информации, является правомерность частичного сокрытия ее медицинским работником. По нашему мнению, несообщение определенной информации пациенту правомерно в случае наличия у него смертельного заболевания с целью уберечь его от тяжелых моральных страданий. Однако при таком подходе могут возникнуть не менее сложные ситуации этико-правового и медицинского характера. Так, несообщение пациенту истинного диагноза может повлечь отказ пациента от выполнения необходимых лечебных или профилактических действий, спровоцировать несоблюдение им медицинских предписаний. Введенный в заблуждение пациент, может отказаться от совершения определенных действий: составления завещания, окончания важных дел и др. Решением проблемы в такой ситуации является использование медицинским работником при сообщении информации пациенту тактики «разумного пациента», способного самостоятельно определять объем получаемых сведений. В данном случае право пациента на получение информации ставится выше обязанности медицинского работника предоставить ее. Иными словами, при настойчивом требовании пациента сообщить всю правду о его диагнозе, медицинский работник, в интересах пациента, обязан это сделать.

При оказании медицинской помощи не всегда соблюдается принцип свободы выбора пациента и обязательности оформления добровольного информированного согласия самим пациентом или его законным представителем, как на отдельное медицинское вмешательство, так и на комплекс медицинских мероприятий.

По степени ограничения свободы выбора лица, нуждающегося в лечебно-диагностическом пособии, можно выделить следующие варианты ограничения действия принципа добровольности при оказании медицинской помощи:

- оказание медицинской помощи при добровольном информированном согласии пациента или его законного представителя, в относительно добровольном (вынужденном) порядке;
- оказание медицинской помощи без добровольного информированного согласия пациента или его законного представителя, в недобровольном порядке;



– оказание медицинской помощи без добровольного информированного согласия пациента или его законного представителя, в принудительном порядке [92].

Законы Республики Беларусь «О здравоохранении» (глава 5) и «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» четко определяют круг лиц, к которым могут быть применены меры принудительного обследования и лечения. В настоящее время применение принудительных мер медицинского характера в Республике Беларусь приведено в полное соответствие с международными требованиями.

На основании всего вышеизложенного нами предложено следующее определение информированного добровольного согласия. Информированное добровольное согласие — это осознанное решение пациента или лиц, представляющих его законные интересы, в отношении медицинского вмешательства, предваряющее его, полученное на основании предоставленной медицинским работником полной и достоверной информации относительно состояния здоровья и необходимых действий диагностического или лечебно-профилактического характера, в форме, соответствующей нормам медицинской этики и деонтологии, доступной для понимания лица, не обладающего специальными знаниями в области здравоохранения.

## **2.2. Информированное согласие в трансплантологии**

В настоящее время, в Республике Беларусь, в связи с активным развитием органного донорства, особую актуальность приобретают вопросы правовой регламентации трансплантологии. Трансплантация органов и тканей человека относится к передовым и высокотехнологичным направлениям развития современной медицины, является средством спасения жизни и восстановления здоровья людей.

Однако, уже при первых попытках успешного выполнения операций по трансплантации органов и тканей, стало очевидным, что выполнение этих новых, прогрессивных медицинских вмешательств тесно взаимосвязано с проблемами защиты законных интересов и соблюдением прав и свобод человека, участвующего в программах трансплантации, как в качестве реципиента, так и в качестве донора органов и тканей.

Одной из первых попыток законодательного регулирования трансплантации органов от живых доноров явилось запрещение Гражданским кодексом Италии в 1932 году пересадки яичек. Прецедентом послужил факт продажи молодым человеком своего яичка богатому пациенту. В последующем, законы, регламентирующие прижизненное органное донорство были приняты в Чехословакии (1966), Дании, Италии (1967), Венгрии (1972), Болгарии (1973), Коста-Рике (1974), Аргентине (1977) [78].

Однако эта регламентация была далека от совершенства и не охватывала всего многообразия проблем развивающейся трансплантологии.

В трансплантологии различают посмертное и прижизненное донорство.

Трансплантация органов и тканей от живых доноров поставила перед обществом серьезные этические, социальные и правовые проблемы. Одной из них является проблема реализации прав пациентов, как реципиента, так и донора, на информированное добровольное согласие по поводу медицинского вмешательства, связанного с трансплантацией органов, частей органов или тканей.

Медико-правовыми особенностями трансплантации, как медицинского вмешательства, с использованием органов от живых доноров являются следующие аспекты:

1) участие в процессе оказания медицинской помощи двух пациентов: донора и реципиента;

2) запланированное причинение вреда здоровью донора или, как минимум, отсутствие для донора какого-либо положительного лечебного эффекта.

Общепринятое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, используемое в других отраслях медицины, не вполне подходит для применения в случае прижизненного органного донорства, поскольку при предоставлении согласия на изъятие здорового органа или части его, вместо вопроса о пользе предлагаемого вмешательства для здоровья донора, на первый план выступают проблемы необходимости самопожертвования, чувство долга, родственные привязанности.

Многие юристы, вполне справедливо, полагают: поскольку доноры органов и тканей не получают от трансплантации никакой материальной выгоды, более того, жертвуют своим здоровьем, то они вправе рассчитывать на максимально возможный объем информации («полнее полной») в доступной форме, с соблюдением конфиденциальности [88, 91].

Нерешенными проблемами информированного согласия в условиях прижизненного донорства являются следующие:

1) форма предоставления информации донору и реципиенту;

2) качественный состав информации, которую врач должен предоставить пациенту для принятия решения, основанного на информированности;

3) перечень должностных лиц, врачей-специалистов, которые должны доводить необходимую информацию реципиенту, донору, а так же их родственникам, доверенным лицам;

4) способы обеспечения доступности предоставляемой информации для всех участников медицинского вмешательства;

5) предоставление донору и реципиенту возможности в течение определенного времени, перед письменным оформлением согласия, осмыслить предоставленную информацию, обсудить ее с родственниками для принятия осознанного компетентного решения;

6) реализация права донора на независимую консультацию для получения экспертной оценки по поводу вероятных рисков и ожидаемых последствий для здоровья и жизни донора, связанных с эксплантацией органов и тканей;

7) реализация права реципиента на независимую квалифицированную консультацию специалиста, необходимую для принятия компетентного решения об обоснованности и эффективности имплантации.

8) вероятность и допустимость альтернативного использования органа, части органа, тканей донора, в случае невозможности пересадки запланированному реципиенту [78].

По нашему мнению, необходима разработка отдельных формуляров (бланков) согласия на осуществление трансплантации для доноров и реципиентов. Оформление согласия должно быть только в письменной форме после предоставления максимально полной информации о предстоящем вмешательстве. Для каждого вида трансплантации должны быть отдельные формы согласия.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в условиях посмертного донорства характеризуется наличием двух, принципиально отличающихся друг от друга стратегий:

- презумпцией несогласия на изъятие органов;
- презумпцией согласия на изъятие органов.

Обе вышеуказанные модели одобрены Всемирной организацией здравоохранения. Можно с уверенностью констатировать, что от выбора и законодательного закрепления одной из вышеуказанных моделей информированного согласия будет зависеть количество пересадок в условиях посмертного донорства.

Презумпция несогласия может выступать в виде определенно выраженного при жизни согласия самого человека на изъятие органов и тканей после смерти для трансплантации или в виде документально оформленного завещания на разрешение посмертного использования своего тела с целью проведения научных экспериментов, обучения студентов и т. д.

Так же презумпция несогласия может быть выражена в виде испрошенного согласия законных представителей умершего.

Презумпция согласия в случае посмертного донорства представлена в виде следующих вариантов:

- принудительное изъятие органов и тканей;
- тотальное изъятие органов и тканей;
- рутинное изъятие органов и тканей.

Принудительное изъятие органов и тканей у приговоренных к смерти преступников в настоящее время не запрещено законом в Сирийской Арабской Республике, Египте, на Тайване.

В 60-х годах прошлого столетия американские трансплантологи J. Dukeminier, D. Sanders предложили игнорировать даже определенно выраженный отказ от участия в программах трансплантации в качестве посмертного донора, как самого человека при жизни, так и его родственников после смерти этого человека. Для изъятия органов или тканей, в этом случае, требуется только разрешение администрации медицинского учреждения или, в случае криминальной смерти, судебно-медицинского эксперта и прокурора [112]. Данное предложение не нашло поддержки как медиков, так и юристов, усмотревших в нем грубое нарушение права человека самому распоряжаться своим телом, а так же прав родственников на участие в решении этих вопросов.

В начале 80-х годов прошлого века многие страны отказались от модели «презумпции несогласия» и постепенно перешли к модели «презумпции согласия». Несмотря на явное положительное влияние презумпции согласия на развитие трансплантологии, большинство юристов сходится во мнении о том, что данная модель не является идеальной.

Так, R. Richardson справедливо полагает, что общество слишком дорого заплатило за то, чтобы признать необходимым обязательное получение согласия. Презумпция согласия является, по сути дела, отрицанием этой необходимости [115].

Тем не менее, данная модель получила широкое распространение и используется в большинстве европейских стран, в некоторых штатах США, в Бразилии, Перу, Израиле и др.

Республика Беларусь не стала исключением в данном вопросе. Развитие трансплантологии является одним из основных направлений, определенных Программой развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006–2010 годы, утвержденной Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 31 августа 2006 г. № 1116.

В целях реализации права населения Республики Беларусь на охрану жизни и здоровья, а также в целях обеспечения правовых и организационных основ государственного регулирования в области трансплантации органов и тканей человека, Президентом Республики Беларусь 09.01.2007 г. был подписан Закон Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека».

Закон представляет собой комплексный, систематизированный законодательный акт, регулирующий общественные отношения в сфере определения условий забора органов и тканей у живого и трупного донора, прав и обязанностей живого донора, порядка получения согласия реципи-

ента на трансплантацию, определения организаций здравоохранения, имеющих права на осуществление забора органов и тканей и трансплантацию, а также в сфере осуществления международного сотрудничества в области обмена органами и тканями человека на безвозмездной основе в целях оптимального подбора пар донор-реципиент.

Презумпция согласия четко сформулирована статьей 11 вышеуказанного Закона: «Забор органов у трупного донора не допускается, если руководителю государственной организации здравоохранения, руководителю структурного подразделения государственной организации здравоохранения или лицам, исполняющим их обязанности, до момента забора органов представлено заявление о несогласии на забор органов для трансплантации, написанное данным лицом при жизни либо его супругом (супругой), а при его (ее) отсутствии — одним из его близких родственников (родители, дети, родные братья и сестры, дед, бабушка, внуки) или законным представителем. Забор органов у трупного донора не допускается также в случае, если государственная организация здравоохранения была поставлена в известность о несогласии лица на забор органов для трансплантации до его смерти путем устного или письменного заявления в присутствии врача (врачей), других должностных лиц государственной организации здравоохранения, иных лиц, которые могут засвидетельствовать такой отказ.»

Также Законом уточнены положения, регулирующие вопросы дачи согласия реципиента на трансплантацию. Так, в соответствии со статьей 12 Закона трансплантация осуществляется только с письменного согласия реципиента. При этом реципиент должен быть письменно предупрежден о возможном ухудшении своего здоровья в результате предстоящего медицинского вмешательства. Если же реципиентом является несовершеннолетнее лицо, которое не приобрело дееспособности в полном объеме, либо лицо, признанное в установленном порядке недееспособным, то трансплантация осуществляется с письменного согласия его законного представителя. Трансплантация реципиенту, не способному по состоянию своего здоровья к принятию осознанного решения, производится с согласия супруга (супруги), а при его (ее) отсутствии — близких родственников (родители, дети, родные братья и сестры, дед, бабушка, внуки) или законных представителей. В исключительных случаях, когда промедление в проведении трансплантации угрожает жизни реципиента, а лица, указанные в частях первой и второй настоящей статьи, отсутствуют или установить их местонахождение невозможно, решение о проведении трансплантации принимается консилиумом врачей, а при невозможности собрать его — врачом, осуществляющим трансплантацию, с оформлением записи в медицинской документации и последующим уведомлением об

этом должностных лиц государственной организации здравоохранения в течение суток.

Важным аспектом развития посмертного донорства, по нашему мнению, является пропаганда позитивного отношения общества к данной проблеме. В связи с этим целесообразно предусмотреть возможность прижизненного оформления согласия гражданина на посмертное использование его органов и тканей, внедрять так называемые «карты донора». Это позволит устранить этико-правовые конфликты в трансплантологии и будет способствовать дальнейшему ее развитию.

### **2.3. Медико-правовые аспекты отказа пациента от медицинского вмешательства**

Большую медицинскую, этическую и правовую проблему представляет собой отказ пациента или его законных представителей, опекунов, близких родственников от медицинского (в т. ч. хирургического) вмешательства. Особенно сложной данная ситуация выступает в случаях оказания медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях.

Причинами отказа пациента или лиц, представляющих его законные интересы, чаще всего являются следующие:

- страх перед предстоящим медицинским вмешательством;
- алкогольное или наркотическое опьянение;
- недооценка тяжести своего состояния;
- неспособность принять соответствующее решение в силу возраста или низкого интеллекта;
- невозможность адекватной оценки происходящего по причине психического или физического состояния;
- религиозные убеждения.

По данным различных авторов, треть пациентов (33,1 %) клиник заявили, что хотя бы раз в своей жизни пользовались правом отказаться от медицинского вмешательства. 80 % врачей ответили, что им приходилось сталкиваться с пациентами, которые отказывались от медицинского вмешательства. В половине случаев отказы пациентов были следствием страха (51,8 %). На втором месте среди причин отказов была названа некомпетентность медработников (41,4 %). По религиозным соображениям отказывались от услуг медработников 14,4 % пациентов [59].

Отказ от медицинского вмешательства может быть заявлен как самим пациентом, так и лицами, представляющими его интересы, а также медицинскими работниками.

Врач может отказать пациенту в выполнении того или иного вмешательства по причине отсутствия показаний или ввиду тяжести состояния

пациента, не позволяющего в данный момент выполнить определенное действие с лечебной или диагностической целью. Более того, в случае несоблюдения пациентом врачебных предписаний или правил внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов лечащий врач с разрешения руководителя организации здравоохранения может отказаться от оказания медицинской помощи пациенту, если это не угрожает его жизни или здоровью окружающих. Ответственность за организацию дальнейшего оказания медицинской помощи пациенту возлагается на руководителя организации здравоохранения (статья 17 Закона «О здравоохранении»).

По нашему мнению, следует выделять **правомерный** и **неправомерный** отказ пациенту медицинским работником в выполнении вмешательства.

Критерии правомерности отказа:

- медицинские (отсутствие показаний к данному вмешательству; тяжесть состояния пациента, не позволяющая выполнить вмешательство в данный момент; недостаточная квалификация медицинского работника; низкие технические возможности организации здравоохранения);
- этико-деонтологические (нарушение пациентом правил внутреннего распорядка; отказ выполнять медицинские предписания, что равнозначно отказу от медицинского вмешательства).

Медицинские критерии правомерного отказа характерны для оказания помощи как в плановом, так и в экстренном порядке. Этико-деонтологические критерии приемлемы только в случае отсутствия угрозы жизни пациенту или здоровью окружающих (как правило, при оказании помощи в плановом порядке).

В случае правомерного отказа пациенту в медицинском вмешательстве, медицинский работник должен предложить альтернативные методы диагностики или лечения; направить свои усилия на устранение противопоказаний к выполнению вмешательства. Обязательна письменная фиксация факта отказа (врачебным консилиумом или лечащим врачом) в медицинскую документацию с четким указанием его причин. Оценка тяжести состояния пациента с использованием оценочных шкал (SAPS II, APACHE II и др.) позволит объективизировать причины отказа.

На наш взгляд, отказ по этико-деонтологическим критериям правомерен, но неоднозначен. Совокупность его причин можно охарактеризовать как нонкомплайенс (отсутствие позитивного контакта между пациентом и медицинским работником), являющийся, нередко, причиной возникновения конфликтов между непосредственными участниками лечебно-диагностического процесса.

Неправомерный отказ пациенту медицинским работником в выполнении вмешательства может быть квалифицирован как уголовное преступ-

пление (Неоказание помощи больному (ст. 161 Уголовного Кодекса Республики Беларусь)).

Для практической деятельности наиболее актуален отказ самого пациента или лиц, представляющих его законные интересы, от медицинского вмешательства.

Возможные причины отказа были указаны выше. На действия медицинских работников влияющее значение оказывают срочность и сложность предстоящего медицинского вмешательства, а также юридический статус лица, заявившего отказ.

При любых обстоятельствах обязанностью медицинского работника является разъяснение в доступной форме пациенту либо лицам, представляющим его законные интересы, последствий отказа от медицинского вмешательства (статья 45 Закона «О здравоохранении»).

Отказ от сложного медицинского вмешательства должен быть оформлен письменно, с подписью пациента (или лиц, представляющих его законные интересы) и лечащего врача. Отказ от простого медицинского вмешательства также фиксируется в медицинской документации.

В Постановлении Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 декабря 2008 г. № 224 «Об утверждении Инструкции о порядке проведения врачебных консультаций (консилиумов) и признании утратившим силу Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь» от 21 июня 2002 г. №34» указывается, что необходимостью проведения врачебного консилиума является, в том числе, разрешение конфликтных ситуаций между врачом и пациентом (или его законным представителем), возникших в процессе оказания медицинской помощи, нарушении больным больничного режима. По нашему мнению, отказ от медицинского вмешательства является разновидностью конфликта в системе «медицинский работник-пациент». Поэтому проведение консилиума в данной ситуации является необходимым.

При оказании плановой медицинской помощи лечащий врач фиксирует дату отказа и предлагает возможные альтернативные методы диагностики или лечения. При оказании неотложной помощи указывается точное время отказа от медицинского вмешательства, проводится необходимая посиндромная терапия (как правило, противошоковые мероприятия, направленные на уменьшение синдрома эндогенной интоксикации, циркуляторной гипоксии и т. д.).

В отношении несовершеннолетних пациентов, а также лиц, не способных по своему психическому или физическому состоянию к принятию осознанного решения, недееспособных граждан, решение об отказе выполнить им медицинское вмешательство принимается лицами, представляющими их законные интересы. Случай подобного отказа представляет собой сложную этико-правовую коллизию. По сути это эвтаназия, реше-



ние о которой принимается лицом, в чьи обязанности входит соблюдать интересы пациента, не способного выразить свою волю. Положение усугубляется тем, что, как правило, решение принимается некомпетентным в вопросах медицины лицом. Эвтаназия в Республике Беларусь запрещена статьей 31 Закона «О здравоохранении», в которой указывается также, что лицо, сознательно побудившее другое лицо к эвтаназии и (или) осуществившее эвтаназию, несет ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

По нашему мнению, необходимо законодательно закрепить право организаций здравоохранения обращаться в суд при угрозе жизни лицу, не имеющему самостоятельного права на выражение согласия/отказа от медицинского вмешательства, путем внесения соответствующего дополнения в статью 45 Закона «О здравоохранении». По решению суда медицинский работник сможет выполнить вмешательство несовершеннолетнему или недееспособному гражданину вопреки воле его законных представителей.

Однако, несмотря на формальное существование такого права у организации здравоохранения, практическая реализация его в настоящих условиях сомнительна. Затрата времени, необходимая для принятия судебного решения, может привести к тому, что медицинское вмешательство уже не может быть выполнено по причине смерти пациента. Данная проблема, на наш взгляд, требует глубокого изучения юристами и медиками с целью определения более действенных механизмов ее решения.

Предложенные авторами этические рекомендации и медико-правовые стандарты оформления отказа от медицинского вмешательства представлены в виде таблицы (см. прил. 2).

В целом, процесс принятия решения о согласии на выполнение медицинского вмешательства или отказе от него накладывает определенные обязательства, как на медицинских работников, так и на пациента или лиц, представляющих его законные интересы.

При оказании медицинской помощи пациент несет ответственность:

- за предоставление медицинскому работнику полной, достоверной информации, необходимой для правильного выбора медицинского вмешательства;
- осознанное согласие на медицинское вмешательство;
- неукоснительное выполнение назначений и рекомендаций медицинских работников.

Медицинский работник принимает на себя ответственность:

- за подбор и предоставление объективной информации о целесообразности предлагаемого вмешательства, его эффективности, степени вероятности возникновения осложнений;

- четкое соблюдение протоколов диагностики и лечения, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь;
- научно обоснованное, компетентное профессиональное решение по выбору медицинского вмешательства, оптимального для данного пациента, с учетом его индивидуальных особенностей и возможностей конкретного медицинского учреждения;
- качественное выполнение медицинского вмешательства, направленного на достижение наилучшего для пациента результата;
- неукоснительное соблюдение прав и законных интересов пациента при решении вопросов о необходимой коррекции медицинского вмешательства;
- возложение на себя обязанностей по защите прав и законных интересов пациента при оказании медицинской помощи.

#### **2.4. Проблема конфиденциальности взаимоотношений в системе «медицинская организация–пациент»**

Не менее важной проблемой во взаимоотношениях «медицинский работник–пациент» является соблюдение принципа конфиденциальности.

Конституция Республики Беларусь (статьи 25, 28) гарантирует гражданину защиту его личной свободы. Личная свобода человека, представленная в виде права на приватность, имеет прямую связь с правом на конфиденциальность. В медицине это право выступает в качестве врачебной тайны.

Сведения, составляющие врачебную тайну, являются одной из самых важных сторон частной жизни человека. Без доверительных отношений между врачом и пациентом невозможно продуктивное лечение. Этому способствует обязанность врача соблюдать тайну обратившегося к нему гражданина. Сохранение врачебной тайны — не только важнейшее проявление морального долга и нравственной ответственности врача, но и его правовая обязанность.

Государство берет на себя обязательство регулировать этот вопрос, потому что оглашение некоторых медицинских сведений может нанести существенный вред человеку, воспользовавшемуся услугами врача. Этому способствует множество причин. К ним можно отнести предрассудки к определенной категории болезней, условия общежития между людьми и те нормы этики и морали, которые характерны для определенных социальных групп [83].

Исторически сложилось так, что врач должен хранить тайну больного. Медицинская (врачебная) тайна соблюдалась уже в глубокой древности. Ее история насчитывает более двух тысячелетий. По некоторым

источникам, она зародилась в древней Индии, где существовала пословица: «Можно страшиться брата, матери, друга, но врача — никогда» [28].

В клятве Гиппократов можно найти слова: «Что бы при лечении, а также и без лечения, я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайною» [11].

В средние века врачи использовали тысячи безымянных пациентов для накопления клинического опыта. Зато имена излеченных пациентов-аристократов открыто назывались, использовались для саморекламы. Например, английский хирург Джон Ардерннский (1349–1370), заложивший основы проктологии, в предисловии своей книги «Fistula in Ano» перечисляет имена своих наиболее знатных пациентов, как доказательство того, что его хирургическое мастерство заслуживает доверия.

Еще в начале XX века выделялось три основных направления в науке и практике:

- абсолютное сохранение врачебной тайны, причем недопустимо ее разглашение даже при наличии согласия больного;
- врач подлежит уголовной ответственности независимо оттого, какими он руководствовался побуждениями (французская и бельгийская судебная практика);
- допускается разглашение врачебной тайны при инфекционных заболеваниях и в научных целях (германская судебная практика);
- медицинское освидетельствование лиц, вступающих в брак, заключающих договор о страховании жизни, в целях предотвращения плохой наследственности (законодательство некоторых Североамериканских Штатов) [45].

В дореволюционной России каждый врач давал «Факультетское обещание», текст которого помещался в дипломе: «Обещаю... свято хранить вверяемые мне семейные тайны и не употреблять во зло оказываемого мне доверия» [11].

Отношение к врачебной тайне после революции 1917 года резко менялось.

В 1925 г. нарком здравоохранения Н. А. Семашко объявил врачебную тайну пережитком старой кастовой врачебной практики (боязнь потерять пациента) и старых глупых предрассудков (стыд за свою болезнь) и подчеркнул, что советское здравоохранение держит «твердый курс на уничтожение врачебной тайны, пережитка буржуазной медицины» [85]. Выступая с этой разрушительной для медицинской этики программой, Н. А. Семашко не встретил возражений со стороны врачей. На диспуте в январе 1928 г. в Москве проф. А. И. Абрикосов полностью поддержал наркома. Лишь В. В. Вересаев в предисловии к 12-му изданию «Записок врача» (1928) подверг критике Н. А. Семашко: «Точка зрения, энергично

выдвигаемая Н. А. Семашко, на практике, в рядовой массе врачей, ведет к ужасающему легкомыслию и к возмутительнейшему пренебрежению к самым законным правам больного» [18].

В дальнейшем советское законодательство ввело соответствующие нормы, регулирующие право пациента на конфиденциальность. Статья 16 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении гласила: «Врачи и другие медицинские, а также фармацевтические работники не вправе разглашать ставшие им известными в силу исполнения профессиональных обязанностей сведения о болезнях, медицинских обследованиях (освидетельствованиях), интимной и семейной жизни граждан» [17].

Современное отечественное законодательство четко определяет кем и кому, в какой форме может и (или) должна предоставляться информация о состоянии здоровья пациента. Указывается, что «Информация о факте обращения пациента за медицинской помощью и состоянии его здоровья, сведения о наличии заболевания, диагнозе, возможных методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с медицинским вмешательством, а также возможных альтернативах предлагаемому медицинскому вмешательству, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту медицинской помощи, а в случае смерти — и информация о результатах патологоанатомического исследования, составляют врачебную тайну» (ст. 46 Закона Республики Беларусь 20 июня 2008 г. № 363-З О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»).

Содержание врачебной тайны целесообразно, на наш взгляд, разделить на две группы:

- медицинские сведения;
- информация о частной жизни пациента.

Сведения, составляющие обе эти группы, не подлежат разглашению лицами, которым они стали известны.

Указанные в статье 46 Закона «О здравоохранении» сведения являются объектом врачебной тайны. Нередко информация конфиденциального характера касается третьих лиц. В отношении таких сведений медицинский работник обязан также следовать принципу конфиденциальности.

Субъектами врачебной тайны являются лица, обязанностью которых является соблюдение врачебной тайны. К ним относятся не только медицинские и фармацевтические работники, непосредственно оказывающие медицинскую помощь пациенту, но и другие лица, которым могут стать известны сведения, составляющие врачебную тайну. В настоящее время в здравоохранении работают лица, не имеющие медицинского образования (водители, работники медицинских архивов, административно-управленческого аппарата и т. д.). В лечебных учреждениях осуществляется обра-

зовательный процесс с участием студентов медицинских учебных заведений. Все они могут стать обладателями сведений о пациенте. Исходя из этого, узкий термин «врачебная тайна» следует заменить на более широкий, — «медицинская тайна». Они соотносятся друг с другом как часть с целым. В отношении медицинских и фармацевтических работников медицинская тайна является профессиональной, а в отношении иных лиц, ставших обладателями сведений о пациенте в силу выполнения обязанностей по службе — служебной.

Практическая реализация права пациента на конфиденциальность в организациях здравоохранения обеспечивается рядом мероприятий административного и правового, образовательного и воспитательного характера, а также материально-техническим обеспечением отрасли здравоохранения.

Меры административного характера должны обеспечить такой режим работы учреждения здравоохранения, при котором исключается любое нарушение права пациента на приватность. Соответствующие приказы, распоряжения и другие действия администрации должны быть направлены на соблюдение медицинскими и иными работниками втайне сведений, касающихся пациента. Целесообразно включение требования о сохранении медицинской профессиональной и служебной тайны в контракт, заключаемый с работником. Необходима разработка соответствующих форм для заполнения пациентами или их законными представителями в виде обязательства организации здравоохранения обеспечивать конфиденциальность полученных от пациента сведений. При заполнении данной формы пациент (его законный представитель) ограничивает круг лиц, которым может быть предоставлена касающаяся его информация, а также выражает согласие (несогласие) на участие в образовательном (допуск студентов медицинских учебных заведений) и научно-исследовательском (проведение научных исследований, публикации в специальной медицинской литературе) процессе.

Мероприятия воспитательного и образовательного характера направлены на повышение юридической грамотности медицинских работников, уровня их морально-этического самосознания, понимания важности соблюдения медицинской тайны в процессе установления доверительных отношений с пациентом. Считаем необходимым проводить соответствующее обучение будущих медицинских работников с оформлением взятого с них обязательства сохранять втайне полученные от пациентов сведения, составляющие медицинскую тайну. В свою очередь, пациенты должны быть проинформированы о праве на сохранение втайне сведений, передаваемых медицинскому работнику. Это может быть выполнено при помощи тематических информационных стендов, личных бесед и т. д.

Факт ознакомления пациента или его законных представителей со своими правами должен быть зафиксирован в медицинской документации.

Развитие материально-технического обеспечения отрасли здравоохранения позволит, прежде всего, обеспечить принцип конфиденциальности при использовании телемедицинских технологий.

Телемедицинские технологии находят все более широкое распространение в практике здравоохранения, наряду с чем, происходит их дифференциация в соответствии с новыми областями применения: телеконсультации, домашняя телемедицина, телемедицина катастроф, дистанционный мониторинг физиологических параметров, телеобразование и др. Особое место занимают вопросы конфиденциальности телемедицинских консультаций, обеспечение которой определяется как правовыми методами, так и путем технической защиты информации от несанкционированного доступа.

На XXVII и XXXV Всемирных медицинских ассамблеях было принято «Положение об использовании компьютеров в медицине», содержащее следующие рекомендации [80]:

- <...> принимать все возможные меры для обеспечения тайны, защищенности и конфиденциальности информации, касающейся пациентов;
- нарушением конфиденциальности не являются предоставление и передача конфиденциальной медицинской информации в целях проведения научных исследований, управленческой и финансовой проверок, оценки программ или в других подобных целях при условии, что переданная информация не раскрывает прямо или косвенно личности пациента в отчетах о таких исследованиях, проверках или оценках, а также никоим образом не нарушает конфиденциальности в отношении пациента;
- <...> препятствовать любым попыткам принятия такого законопроекта по электронной обработке данных, который может угрожать или подрывать права пациента на защищенность и конфиденциальность;
- перед вводом информации в компьютер должна быть обеспечена надежная защита против несанкционированного использования или передачи номеров социального страхования или другой частной информации;
- медицинские банки данных ни в коем случае не должны быть связаны с другими центральными банками данных

Американские специалисты в области телемедицины P. Cagew и L. Stapleton [111] предложили 12 принципов приватности для разработчиков телемедицинских систем:

1. Ограниченное накопление. Сбор и накопление только критичных, важных данных. Неэтичным является сбор излишней, не анализируемой информации.

2. Средства «управления согласием». Возможность для пациента в любое время изменить (отозвать) свое согласие на проведение телемедицинской процедуры.

3. Информирование и обучение пациента. Разработка легко доступных и понятных для пациентов средств информирования, обучения и разъяснения о телемедицине. Необходимо для информированного согласия.

4. Внедрение новых технологий (сенсоров) для повышения реализма телемедицины.

5. Спецификация цели. Четкое определение для накопления данных — какие, для чего и когда.

6. Ограничение использования. Не использование данных после телемедицинской процедуры по истечению условий и срока согласия пациента. При возможности уничтожение использованных данных.

7. Принцип безопасности. Недопущение неавторизованного доступа к данным.

8. Анонимность

9. Возможность для пациента обратиться к собственным данным.

10. Принцип контроля. Пациент должен принимать активное участие в обеспечении безопасности собственной информации.

11. Принцип индивидуальности. Индивидуальный подход к пациенту, т. к. каждый человек имеет собственные представления о приватности, безопасности, этике в зависимости от культурных, религиозных, социальных и т. д. традиций.

12. Профессиональная ответственность. Профессиональная ответственность всех сотрудников (врачей, медсестер, инженеров, техников и т. д.), вовлеченных в проведение телемедицинских процедур.

При проведении любой телемедицинской процедуры необходимо, чтобы вся информация о пациенте пересылалась только в анонимном виде: со всех изображений (рентгенограмм, томограмм, МРТ-грамм и т. д.) из эпикризов, факсимильных записей, заключений специалистов «стирается» вся персональная информация (фамилия, номер медицинской карты стационарного или амбулаторного больного и т. д.) [111].

Третьи лица не имеют права доступа к электронным данным о пациенте. Подобная информация должна предоставляться в соответствии с требованиями действующего законодательства, которое, на наш взгляд, с внесением необходимых поправок, способно урегулировать и другие проблемы этического характера при выполнении телемедицинских услуг.

Законодательство устанавливает ряд исключений из абсолютности врачебной тайны. Предоставление информации, составляющей врачебную тайну, без согласия пациента или лиц, представляющих его законные интересы, допускается в следующих случаях (статья 46 Закона «О здравоохранении»):

– по запросу Министерства здравоохранения Республики Беларусь, управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов и Комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета в целях организации оказания медицинской помощи пациенту, осуществления в пределах их компетенции контроля за правильностью ее оказания или при угрозе распространения инфекционных заболеваний, а также при осуществлении государственного санитарного надзора;

– по запросу организаций здравоохранения в целях организации оказания медицинской помощи пациенту или при угрозе распространения инфекционных заболеваний;

– по письменному запросу органов уголовного преследования и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством.

При наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате насильственных действий, информация, составляющая врачебную тайну, сообщается в правоохранительные органы в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Обстоятельства, исключающие противоправность разглашения медицинской тайны, делятся на три группы: условия, при которых сообщение медицинской тайны обусловлено необходимостью защищать интересы иных, кроме собственника информации, лиц, а также интересы общества и государства; условия, вызванные необходимостью защищать интересы самого пациента; условия, при которых изначально отсутствует обязанность сохранения медицинской тайны.

К обстоятельствам первой группы следует отнести: основания, позволяющие предполагать, что вред гражданину был причинен в результате противоправных действий; запрос органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством; угрозу распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений.

В число обстоятельств второй группы входят: необходимость обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; оказание помощи несовершеннолетнему для информирования его родителей или законных представителей.

Обстоятельствами третьей группы являются: производство по поручению уполномоченной власти какого-либо профессионального исследования; удостоверение в качестве уполномоченного органа власти какого-либо события [72].

Ответственность за нарушение права пациента на конфиденциальность предусмотрена действующим законодательством Республики Беларусь (см. гл. 4).



### Глава 3

## Неблагоприятные исходы и дефекты оказания хирургической помощи

«Если вы никогда не совершали ошибок, повлекших за собой осложнения и смерть больного, значит, вы занимаетесь медициной недавно».

*Р. Ригельман*  
(автор книги «Как избежать врачебных ошибок», 1993 г.)

«Ошибки являются только ошибками, когда у тебя есть мужество их обнародовать, но они становятся преступлением, когда гордыня тебя побуждает их скрыть».

*Жан Луис Пти,*  
*французский хирург, XVIII в.*

Дефекты оказания хирургической помощи имеют огромное этическое и медико-правовое значение. Чаще всего под дефектом подразумевают врачебную ошибку и ятрогению.

Сама проблема врачебной ошибки все больше переносится в юридическую сферу, с которой она, в принципе, не должна быть связана. Переход к рыночной экономике все больше превращает пациента в клиента — потребителя медицинских услуг. Поэтому привычное понятие «вред, нанесенный здоровью» все чаще заменяется понятием «непредоставление (некачественное предоставление) медицинской услуги».

Такой подход мешает разработке четких критериев дифференциации врачебных ошибок, методов их профилактики. Между тем, в отечественной медицине имеются прекрасные научные разработки, которые позволяют успешно решать теоретические проблемы врачебных ошибок. Широкое внедрение коллегиального изучения врачебных ошибок в СССР явилось заслугой основоположников отечественной патологической анатомии, а также многих выдающихся врачей других специальностей.

В истории отечественной хирургии есть немало достойных примеров, когда ошибка врача не только не скрывалась, но широко обсуждалась медицинской общественностью и служила средством обучения.

Еще Гиппократ утверждал, что хорошим врачом является тот, кто ошибается редко, но превосходным — тот, кто признается в ошибке. Обращаясь к своим коллегам, он говорил: «Если мы будем требовательны к себе, то не только успех, но и ошибка станет источником знания» [22].

Величайший русский хирург Н. И. Пирогов призывал: «...никогда не скрывать от слушателей своих собственных ошибок». В анализе допущенных врачебных дефектов он видел реальный путь совершенствования

медицины и утверждал, что только беспощадная критика своих ошибок может быть адекватной расплатой за их высокую цену. Н. И. Пирогов отмечал необходимость тщательного изучения ошибок, допущенных в медицинской практике, возведения их познания в особый раздел медицинской науки, называемой сегодня врачебной эрологией [77].

Один из крупнейших немецких хирургов XIX века Теодор Бильрот оставил в наследство потомкам следующее высказывание: «Только слабые духом хвастливые болтуны и утомленные жизнью боятся открыто высказываться о своих ошибках».

Крупнейший ученый-патолог академик И. В. Давыдовский подчеркивал, что единственно полноценным методом определения и изучения врачебных ошибок является клиничко-анатомический анализ, в котором патологической анатомии по праву принадлежит первое место и первое слово, т. к. данная дисциплина располагает таким бесспорным аргументом, как фактический материал, получаемый путем аутопсии. Рассматривая большинство ошибок как добросовестное заблуждение врача, И. В. Давыдовский указывал, что всякие ошибки надо прежде всего признать, понять и пережить [26].

Профессор медицинского факультета Московского университета Ф. И. Сеницин на субботних «покаянных лекциях» «...патетически бил себя в грудь, каялся перед студентами в своих грехах, то есть технических неудачах, которые почти всегда были одного и того же свойства — «ложные ходы» при бужировании уретральных стриктур с мочевыми затеками и септическими флегмонами» [110].

Руководитель кафедры акушерства и гинекологии Петербургской Медико-хирургической академии профессор А. Я. Крассовский оперировал молодую женщину по поводу кисты яичника. Через 40 часов после операции пациентка умерла. На вскрытии выяснилось, что врач оставил в брюшной полости тампон из губки. А. Я. Крассовский детально описал этот случай в популярном врачебном журнале «Медицинский вестник» (№ 1 за 1870 год). На страницах журнала он подробно обсудил следующие вопросы:

1. Когда и как попала губка в брюшную полость?
2. Были ли приняты надлежащие предосторожности для того, чтобы все губки были вовремя удалены из брюшной полости?
3. Насколько губка могла быть причиной несчастного исхода операции?
4. Какие меры должны быть приняты для исключения подобных случаев в будущем.

В заключение врач-ученый сформулировал принципы предотвращения такого вида осложнений, которые остались неизменными до настоя-

щего времени. Он рекомендовал пересчитывать губки до и после начала операции, а также снабжать их длинными тесемками [38].

Также открыто о своих ошибках писали известные хирурги С. С. Юдин и Н. М. Амосов [6, 109]. Профессор С. С. Юдин отмечал: «Я не только не щажу себя и совершенно не пытаюсь выгораживать или ослаблять свои былые ошибки, но главной своей задачей делаю анализ того, как, почему такая ошибка могла случиться. Трагические ошибки я не могу забыть десятилетиями, они так глубоко потрясли мое сознание, чувство и совесть, что, вспоминая о них, я их снова переживаю как вчера, как сегодня» [110].

Академик И. А. Кассирский в широко известной книге «О врачевании», обращенной к начинающим врачам, отмечает, что ошибки — это неизбежные и печальные издержки врачебной деятельности, и единственно оптимальное в них то, что они помогают тому, чтобы их не было. Выявленные, признанные, они учат, как не ошибаться [40].

К сожалению, сегодня происходит ослабление творческого потенциала сотрудничества клиницистов и патологоанатомов, снижается значение деонтологического принципа совместного труда на благо пациента. Лечебно-контрольные комиссии разных уровней, анализирующие дефекты оказания медицинской помощи, нередко берут не свойственную им функцию правовой оценки действий медицинских работников. При этом следует отметить, что использование врачебных ошибок в качестве поиска противоправных действий исключает возможность гласного анализа как средства обучения и наносит серьезный урон традиционной отечественной системе медицинского образования.

Термин «врачебная ошибка» близок к понятию ятрогения, но не идентичен ему. Ятрогения подразумевает причинение вреда здоровью в связи с проведением диагностических, лечебных, профилактических мероприятий.

Термин «ятрогения» появился в 20-е годы прошлого столетия, когда швейцарский врач Е. Блейдер высказал мысль, что в ходе обследования врач неосторожным словом может вызвать угнетение настроения больного, состояние ятрогении. Этот термин утвердился в 1925 г., когда мюнхенский невропатолог О. Бумке в статье «Врач как причина душевных расстройств» написал, что неумелая беседа врача с больным может способствовать тому, что к соматическому заболеванию присоединяется психоневроз, угнетенность душевного равновесия. Ятрогению он отнес к ряду деонтологических ошибок.

В 1935 г. Р. А. Лурия в монографии «Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания» разделил эти состояния на две группы: первая группа — когда слова врача привели к функциональным расстройствам при отсутствии органического заболевания (психогенные состояния)

и вторая — когда при наличии органического заболевания состояние больного ухудшилось вследствие неправильного, неосторожного поведения врача.

И. А. Кассирский дал более широкое понимание врачебных ятрогений. К их числу, кроме психической травмы, он отнес некорректное проведение врачебных манипуляций, ошибочное введение лекарственных средств. Таким образом, многие врачебные ошибки, осложнение заболевания по вине (и не по вине) врача стали относить к ятрогениям. В понятие ятрогении стали включать все заболевания и патологические процессы, которые возникают под влиянием любых медицинских воздействий, где можно было предположить вину врача [40].

Известный детский хирург С. Я. Долецкий так писал о причинах ятрогений: «Ограниченный интеллект, плохие руки, несамокритичность, небрежность, самоуверенность, сверхэмоциональность, торопливость и многое другое могут быть в равной степени связаны с недостатком воспитания, происхождения или с другими неблагоприятными обстоятельствами. В последнее время мы чаще отмечаем незнание, неумение даже у не молодых, а у вполне зрелых врачей. Последние были не лучшим образом научены, а самое главное, полностью пренебрегли самообразованием и самовоспитанием. Дефекты интеллигентности и культуры не могут быть связаны с ятрогенией, но бесспорно имеют непосредственное значение» [30].

Можно выделить две группы ятрогений:

1) психогенная (ятрогения общения, информационная ятрогения), при которой причиной являются непродуманная беседа врача, другого медицинского работника, сообщение без подготовки тяжелого диагноза или прогноза заболевания, излишняя информация или, наоборот, непонятная молчаливость и т. п. Точное следование принципу полной информированности больного о состоянии его здоровья без учета возможной реакции его на полученную информацию может привести к информационной ятрогении;

2) ятрогения действия, причинами которой служат погрешности и травмы при диагностических процедурах, операциях, неправильное назначение лекарств и т. д. Некоторые исследователи выделяют ятрогению бездействия, при которой заболевание утяжеляется из-за того, что необходимое лечение не проводится вовремя.

Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ–10) предусматривает возможность нанесения вреда здоровью пациента:

1. Раздел Y60-Y69 «Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств».

2. Раздел Y60-Y69 «Случайное нанесение вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств»

3. Раздел Y70-Y82 «Медицинские приборы и устройства, с которыми связаны несчастные случаи, возникшие при их использовании для диагностических и лечебных целей» предусматривает нанесение вреда здоровью различными медицинскими приборами.

4. Разделом «Болезни мочеполовой системы», рубрикой N99 «Нарушения мочеполовой системы после медицинских процедур, не классифицированные в др. рубриках» предусмотрена следующая формулировка диагноза под шифром N99.8 «Другие нарушения мочеполовой системы после медицинских процедур».

5. Разделом T88 предусмотрены неблагоприятные эффекты, к которым относят:

T78.2 — анафилактический шок неуточненный (анафилаксия, аллергический шок);

6. Раздел T80-T88 посвящен учету осложнений медицинских вмешательств, в том числе:

T80.1 — сосудистые осложнения, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией (флебит, тромбоэмболия, тромбофлебит);

T80.2 — инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией (сепсис, септический шок);

T80.3 — реакция на АВ0-несовместимость;

T80.4 — реакция на Rh-несовместимость;

T80.5 — анафилактический шок, связанный с введением сыворотки;

T88.2 — шок, вызванный анестезией (при которой необходимый препарат был правильно введен);

T88.4 — безуспешная или трудная интубация;

T88.6 — анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство;

T88.7 — патологическая реакция на лекарственное средство или медикаменты (аллергическая реакция, повышенная чувствительность, идиосинкразия, на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство).

Сама по себе, ятрогения не может рассматриваться основанием привлечения конкретного медицинского работника к уголовной или иной ответственности. Юридическая квалификация ятрогении зависит от наличия или отсутствия признаков преднамеренности либо умышленности в действиях медицинского работника. Тем более что термины «врачебная ошибка» и «ятрогения» используются только в медицинской литературе и практике, в действующем белорусском законодательстве они отсутствуют.

Дефекты оказания хирургической помощи могут быть представлены следующими видами:

– этико-правовые;

- диагностические;
- лечебно-тактические;
- организационные.

**Этико-правовые дефекты** оказания хирургической помощи представляют собой нарушение медицинскими работниками норм этики и деонтологии, несоблюдение ими прав и законных интересов граждан, нарушение личностной автономии пациента.

Чаще всего это происходит из-за элементарного невежества в вопросах о правах пациента, а зачастую и нежелания их уважать. Демонстрация правового нигилизма оборачивается негативными последствиями даже в тех случаях, когда сам пациент не заявляет о нарушенных правах. Любой гражданин при обращении за медицинской помощью изначально наделен законными правами. Задача медицинского работника — способствовать максимальной их реализации.

К сожалению, многие хирурги продолжают формально относиться к оформлению согласия (отказа) на медицинское вмешательство, перекладывая эту обязанность на средний медицинский персонал; пренебрегают информировать пациента или лиц, представляющих его законные интересы; грубо нарушают право на конфиденциальность.

Последнее обстоятельство уже на сегодняшний день является реальным поводом обращения в суд, частой причиной возникновения конфликтов в системе «медицинская организация-пациент».

Отношения хирургов между собой и с другим медицинским персоналом также является важной деонтологической проблемой.

Профессор М. Р. Рокицкий пишет по этому поводу: «Зависть, подсиживание друг друга, мелкое торжество при просчете коллеги создают крайне неблагоприятный климат в коллективе и неизбежно сказываются на результатах лечения больных. Совершенно недопустимо критиканство в адрес своего предшественника: хирург осматривает больного, который ранее на протяжении 2–3 дней лечился на участке. Обнаружив признаки острого аппендицита, врач в присутствии больного и его родственников раздражается гневной триадой: «Кто же это смотрел вас раньше? Просмотреть такой явный аппендицит! Это же надо уметь так запустить заболевание!» [82]. Чем не повод для возникновения конфликта? Подобные случаи необходимо жестко пресекать, применяя к врачу, нарушившему деонтологические принципы, самые строгие меры наказания, вплоть до лишения квалификационных категорий, всевозможных регалий, снятия с должностей и прочее.

Особую тщательность в соблюдении норм медицинской этики и деонтологии необходимо соблюдать при оказании хирургической помощи несовершеннолетним. Клиническая практика показывает, что проблемы и вопросы, возникающие при оказании медицинской помощи детям, имеют

не только сугубо медицинский, но и этический характер и присутствуют на всех уровнях системы «врач–родители–больной ребенок» [5, 23, 29].

Педиатр и детский хирург контактирует в своей работе с детьми, родителями и родственниками больного ребенка. Каждая из этих категорий требует особого подхода. В настоящее время родители и их родственники обладают большим запасом сведений о заболеваниях детского возраста, почерпнутых из специальной, просветительской литературы и средств массовой информации. В связи с этим, увлечение модными различными средствами и методами лечения, рекламируемыми порой самими медиками, могут создавать затруднение при контакте врачей с родителями [1, 5].

Не менее важными являются деонтологические требования к правилам поведения врача в его общении с родственниками пациентов. Бескорыстие и самоотверженность, доброжелательность и приветливость врача — качества, необходимые для укрепления доверия между врачом и пациентом, его родственниками. Излишняя суровость, раздражённый тон разговора не укрепляют авторитет врача. Внимание к больному — это признак профессионализма. Хирург обязан быть и хорошим психологом, и хорошим актёром. Нужно чувствовать индивидуальность больного, его темперамент, его настроение и страхи. Нужно так беседовать и общаться с больным, чтобы только от одного разговора с доктором пациент чувствовал облегчение и уверенность. «Если больному, — писал В. М. Бехтерев, — после беседы с врачом не становится легче, это не врач».

Врач должен обладать милосердием, гуманностью, сострадательностью, и, с другой стороны, важнейшая задача врача-клинициста — достижение высокого профессионального уровня, эрудиции, овладение диагностикой и лечебным мастерством. Профессионализм — стремление к совершенству в своей профессии — задача деонтологическая, поскольку относится к сфере врачебного долга. Больной человек, особенно хирургический пациент, имеет (и хочет иметь) к своему врачу возвышенное, идеализированное, особое отношение. И эта идеализация нужна прежде всего самому больному, нежели доктору. Доверие к врачу — это мощный психологический фактор, фактор веры, способствующий исцелению от недуга. Андре Моруа на Конгрессе французских врачей говорил, что и завтра врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, всё возрастающую ответственность. Детский хирург, профессор М. Р. Рокицкий в книге «Ошибки и опасности в детской хирургии» (1986 г.) писал следующее: «Мы убеждены, что несколько возвышенное, особое отношение к врачу, врачеванию, более нужно пациентам, больным, а не нам, медикам. Принижение, приземление роли врача принижает или сводит на нет один из важнейших факторов врачевания — фактор психологический, фактор веры, доверия к врачу. Не обязательно испытывать веру к закрой-

щику, парикмахеру, но доверие к врачу является одним из обязательных слагаемых успеха в диагностике и лечении».

Страшная черта для врача — равнодушие. «Нельзя, — писал М. Р. Рокицкий, — быть врачом с девяти до пятнадцати. Врач — это круглосуточно, это пожизненно».

О «должном» в хирургии, этических требованиях, предъявляемых к врачам хирургических специальностей, писали многие известные отечественные и зарубежные авторы. Мы хотим обратить внимание на правовой аспект рассматриваемой проблемы.

Нормы ст. 1 и 2 Конституции определяют Республику Беларусь как демократическое социальное правовое государство, в котором наивысшей ценностью являются человек, его права и свободы [46].

Права и свободы личности, которые принадлежат ей от рождения, являются неотчуждаемыми и естественными. Смысл и содержание деятельности государства, всех его органов, а также органов местного самоуправления составляют признание, соблюдение, всемерная охрана и защита прав и свобод человека и гражданина. В число этих прав и свобод Конституция включает и право на охрану здоровья, без которого утрачивают значение многие другие права и ценности личности.

Статья 45 Основного Закона страны гласит: «Конституция гарантирует гражданам Республики Беларусь право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения».

Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания. Право граждан Республики Беларусь на охрану здоровья обеспечивается также развитием физической культуры и спорта, мерами по оздоровлению окружающей среды, возможностью пользования оздоровительными учреждениями, совершенствованием охраны труда».

Законодатель называет здоровье в ряду объектов гражданских прав в виде защищаемых законом нематериальных благ, принадлежащих гражданину от рождения, неотчуждаемых и непередаваемых иным способом (ст. 151 Гражданского Кодекса Республики Беларусь).

Право на доступность медицинского обслуживания является одним из основных принципов государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения и закреплено ст. 3 Закона «О здравоохранении».

В этом вопросе наша страна придерживается общеевропейских норм. Так, в Рекомендации Комитета Министров Совета Европы № R (86) 5 «Об универсальном доступе к медицинской помощи» говорится, что на государства возлагается обязанность обеспечить равный доступ к медицинской помощи всем лицам, проживающим на их территории, и сделать необходимую медицинскую помощь доступной в финансовом отношении [55, с. 516].



Рекомендация № R (99) 21 «О критериях организации списков лиц, ожидающих бесплатную медицинскую помощь, и сроках ожидания в сфере здравоохранения» [55, с. 490] посвящена проблемам оказания медицинской помощи, которая по объективным причинам не может быть предоставлена безотлагательно, и в частности потому, что спрос на услуги здравоохранения превышает его возможности. Комитет Министров Совета Европы полагает, что существование системы ожидания в области медицинской помощи отражает желание общества гарантировать универсальный доступ к здравоохранению всем нуждающимся, независимо от их способности оплатить медицинские услуги. Проблема ожидания помощи является «эталонным тестом» справедливости медицинского обслуживания, без ее решения невозможно обеспечить равный доступ к здравоохранению соответствующего качества. Выделение пациенту места в списке ожидания означает обязательство предоставить ему соответствующую помощь (пункт 9).

В Рекомендации предлагается выработать согласованные критерии для организации списков, гарантирующие доступность медицинской помощи и соблюдение справедливости при ее получении, например установление минимального стандартного перечня данных, необходимого для регистрации пациентов в списках ожидания, и четкого порядка оформления списков, приоритетное обслуживание лиц, наиболее нуждающихся в медицинских услугах. В то же время сроки ожидания медицинских услуг должны быть приемлемыми и не создавать угрозу для здоровья пациентов. Комитет Министров Совета Европы акцентировал внимание на том, что потребность в медицинской помощи и безотлагательность ее предоставления не могут определяться на основании расы, пола, религии или социально-экономического статуса пациентов. Возраст пациентов имеет значение только как аспект медицинского состояния или фактор риска для определенного рода лечения. Пациенты имеют право на получение адекватной информации о сроке ожидания, месте в списке и о предполагаемой дате получения помощи.

Как следует из анализа международных документов, закрепляющих право граждан на медицинскую помощь, социальная доступность медицинской помощи основывается на принципах всеобщности, качестве медицинской помощи, ее результативности.

Качество медицинской помощи определяется как совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи потребностям пациента (населения), современному уровню медицинской науки и технологии.

К характеристикам качества медицинской помощи относятся ее своевременность, результативность, профессиональная компетентность медицинских работников, эффективность, непрерывность, безопасность, удоб-

ство удовлетворения медицинских потребностей пациента. Качество медицинской помощи обеспечивается с одной стороны развитием первичной медико-санитарной службы, а с другой — высокотехнологичными видами медицинской помощи [32, с. 94].

Таким образом, соблюдение права пациента на доступную и качественную медицинскую помощь является основой современного лечебно-диагностического процесса. Несоблюдение этого права часто является основанием для возникновения конфликтов в системе «медицинская организация-пациент».

**Диагностические дефекты** оказания хирургической помощи имеют объективные и субъективные причины.

К наиболее часто встречающимся объективным причинам относятся:

- позднее обращение пациента за медицинской помощью
- кратковременность пребывания больного в стационаре;
- атипичность течения заболевания;
- тяжесть состояния больного;
- алкогольное (наркотическое опьянение) и др.

К субъективным причинам чаще всего относят:

- недостаточно собранный анамнез;
- недооценка тяжести состояния пациента;
- неправильная оценка клинических данных;
- недостаточное обследование больного;
- ошибка или неправильная интерпретация лабораторно-инструментальных методов исследования и др.

Причинами дефектов диагностики субъективного характера являются: невнимательное (недобросовестное) отношение к больному, недостаточная квалификация хирурга, недостатки в организации лечебно-диагностических мероприятий. Перечисленные субъективные причины взаимосвязаны и нередко приводят к возникновению одновременно нескольких видов дефектов диагностики и лечения.

**Лечебно-тактические дефекты** оказания хирургической помощи могут проявляться в следующих видах:

- неправильная оценка объективного статуса больного;
- поспешная операция;
- запоздалая операция;
- неправильный выбор анестезиологического пособия;
- операция с избыточным объемом;
- операция с недостаточным объемом;
- неправильный оперативный доступ;
- ятрогения и др.

По нашему мнению, основной причиной диагностических и лечебно-тактических ошибок является несоблюдение хирургом стандартов и про-

токолов диагностики и лечения пациентов с хирургической патологией, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Любой стандарт, исходя из особенностей врачебной деятельности, не может гарантированно и точно рекомендовать врачу, как поступать в той или иной конкретной ситуации. Врач, основываясь на анализе клинической симптоматики, собственных знаний и опыта, должен принять самостоятельное решение. Жесткие стандарты лечебно-диагностических мероприятий возможны только в отношении небольшого числа экстренных хирургических заболеваний, поскольку задержка с принятием решения в таких случаях может отрицательно сказаться на результатах лечения.

Врач-хирург имеет право отклониться от стандартов диагностики и лечения. При этом он должен доказать, что на время совершения им соответствующих действий существовали особые обстоятельства, не отраженные в стандарте, либо состояние больного, индивидуальные особенности его организма не позволили четко следовать стандарту.

Правомерность такого поведения врача доказывается наличием особых обстоятельств и реальной возможностью того, что слепое выполнение требований стандарта может причинить вред здоровью пациента. Важно, чтобы это было отражено в медицинской документации, поскольку обязанность доказывания правомерности отхода от стандартов при этом возлагается на лицо, которое отошло от стандартов. Не вызывает сомнения то, что причинение вреда в результате существенного отклонения от стандарта является критерием дефекта оказания медицинской помощи и основанием для наступления юридической ответственности, усложняя при этом доказательство отсутствия вины. Напротив, соблюдение стандартов обеспечивает врачу исключение или значительное упрощение судебного доказательства отсутствия в действиях медицинского работника вины в форме неосторожности и служит существенной гарантией от привлечения к ответственности.

Следует отметить, что остается нерешенным вопрос о том, как трактовать действия врача, выполненные в соответствии со стандартом, однако приведшие к неблагоприятному исходу. Учитывая значительную вариабельность течения заболеваний, индивидуальность каждого клинического случая, существенное значение субъективных факторов в лечебной практике, оценка качества оказания медицинской помощи не может подлежать исключительно стандартизации и остается прерогативой экспертов, поскольку только индивидуальное рассмотрение специалистами конкретного случая оказания медицинской помощи с учетом особенностей состояния больного, тяжести его заболевания и других существенных факторов, может быть основанием для выявления признаков ненадлежащего врачевания [10].

Таким образом, разработка и внедрение стандартов и протоколов оказания медицинской помощи имеет чрезвычайно важное значение при проведении ее медико-правового анализа.

Ошибки **организационного характера** при оказании хирургической помощи также могут привести к ее дефектам. К этой группе ошибок относятся:

- неправомерный отказ пациенту в госпитализации;
- необоснованный перевод пациента в другое лечебное учреждение или нарушение необходимых условий его транспортировки;
- несвоевременное проведение консультации, консилиума или отсутствие таковых;
- частая смена лечащих врачей;
- дефекты предоперационной подготовки (без совместного участия специалистов различного профиля);
- неправильный подбор участников операционной бригады;
- необоснованный отказ в переводе пациента в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии;
- несвоевременный вызов (отсутствие такового) консультантов областного или республиканского уровня;
- дефекты оформления медицинской документации и др.

Медицинская документация является важным юридическим документом. Расхожее выражение: «История болезни пишется для прокурора», имеет практический смысл. Именно записи в медицинской документации служат основным материалом при расследовании дефектов оказания медицинской помощи. Наиболее частыми ошибками при оформлении карт амбулаторного и стационарного пациента являются:

- неразборчивый почерк
- не общепринятые сокращения;
- исправления записей;
- дописывания;
- отсутствие отметок о сообщении данных о пациенте, в случаях, предусмотренных законодательством, в правоохранительные органы;
- нарушения при оформлении права на конфиденциальность (отсутствие письменной фиксации);
- не детализированный сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни;
- некачественное описание объективного и локального статусов;
- неправильная формулировка основного и сопутствующего диагнозов (не соответствует МКБ–10);
- ошибки при оформлении листа назначений, отсутствие обоснований, консилиума при назначении 4 и более препаратов;
- отсутствие согласия (отказа) пациента на медицинское вмешательство или неправильное их оформление;

- не информативность дневников наблюдения, нарушение кратности их написания;
- не отражение точного времени проведения лечебно-диагностических манипуляций, консультаций, консилиумов (в т. ч. неправильное их оформление) и т. д.;
- отсутствие предоперационного эпикриза, описания предоперационной подготовки;
- краткое описание оперативного вмешательства, анестезиологического пособия;
- отсутствие этапного или выписного эпикризов и др.

Дефекты оформления медицинской документации в подавляющем большинстве случаев обусловлены личностно-психологическими качествами врача, то есть носят субъективный характер (небрежность, невнимательность, спешка, недостаточный профессиональный уровень и др.).

Ежедневный детальный анализ на врачебных конференциях записей в медицинских картах, разъяснение и доведение до врачей информации об изменениях законодательной базы в сфере здравоохранения, о последствиях некачественно оформленной медицинской документации при судебных разбирательствах должны войти в постоянное правило подготовки врачей-хирургов.

Подводя итог всему вышеизложенному, необходимо сделать вывод о ведущей роли этико-правовых дефектов оказания медицинской помощи в возникновении конфликтов в системе «медицинский работник–пациент».

Комиссионные разборы жалоб по поводу качества оказания хирургической помощи, в которых авторы принимали непосредственное участие, показывают, что именно нарушение норм этики и деонтологии медицинскими работниками, несоблюдение ими законных прав и интересов пациента, является непосредственной причиной конфликта. Диагностические, лечебно-тактические и организационные дефекты усугубляют и обостряют его характер, нередко приводят к необходимости правовой оценки действий врача и решения конфликта в судебном порядке.

## Глава 4

### Профессиональные медицинские правонарушения: ответственность, способы профилактики

«Врачебные контингенты, не инструктированные в юридических нормах своей профессии за время прохождения академического курса, когда становятся лицом к лицу с многообразием и сложностью практической деятельности врача, не могут не испытывать серьезных затруднений и нередко тягостных переживаний».

*профессор Н. И. Гуревич  
(журнал «Хирургия», 1948 г.)*

В последние годы значительно увеличился поток претензий со стороны пациентов по поводу оказания медицинской помощи, что связано с ростом правовой активности самого населения, социально-экономическими преобразованиями в обществе, деятельностью средств массовой информации и др. Законодательство предъявляет высокие требования к лицам, которые избрали своей профессией врачевание. Ответственность медицинских работников за нарушение прав граждан в сфере здравоохранения может быть дисциплинарной, административной, гражданской и уголовной.

Основанием привлечения конкретного медицинского работника к **уголовной ответственности** является совершение им правонарушения — преступления, под которым понимают виновно совершенное общественно опасное деяние (действие или бездействие), запрещенное Уголовным кодексом под угрозой наказания (ст. 11 Уголовного Кодекса Республики Беларусь, далее УК).

Деяние — это поведение человека в форме действия или бездействия. Действие — активное волевое поведение. Бездействие — пассивное волевое поведение, которое выражается в невыполнении лежащей на лице обязанности действовать.

Обязательными признаками преступления являются: противоправность; общественная опасность; виновность; наказуемость.

Противоправность означает совершение деяния, предусмотренного действующим УК.

Общественная опасность — это способность предусмотренного уголовным законом деяния причинять существенный вред охраняемым уголовным законом объектам (интересам) — жизни, здоровью, правам и свободам человека и гражданина, собственности, общественному порядку и общественной безопасности, окружающей среде, конституционному строю Республики Беларусь. К преступлениям, не представляющим большой общественной опасности, относятся умышленные преступления

и преступления, совершенные по неосторожности, за которые законом предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок не свыше двух лет или иное более мягкое наказание (ст. 12 УК).

Наказуемость означает, что за совершение того или иного, запрещенного уголовным законом деяния, действующим УК РБ предусмотрено определенное наказание.

Виновность — определенное психическое отношение к деянию и его последствиям со стороны лица, совершившего это деяние. Вина бывает в двух формах: умысел и неосторожность (ст. 21 УК).

Умысел бывает прямым и косвенным. Преступление признается совершенным с прямым умыслом, если лицо, его совершившее, сознавало общественную опасность своего действия или бездействия, предвидело их общественно опасные последствия и желало их наступления.

Преступление признается совершенным с косвенным умыслом, если лицо, его совершившее, сознавало общественную опасность своего действия или бездействия, предвидело их общественно опасные последствия, не желало, но сознательно допускало наступление этих последствий либо относилось к ним безразлично (ст. 22 УК).

Примером преступления с прямым умыслом может быть осознанное применение медицинским работником смертельно опасных препаратов с целью облегчения мучительных страданий неизлечимого больного, выполненное даже по его просьбе. Несмотря на то, что данное преступное деяние было реализовано исходя из «гуманных» принципов (т. н. эвтаназия), оно будет квалифицировано как убийство по ст. 139 УК.

Непрямой умысел можно продемонстрировать на следующем примере. Медицинский работник, назначая пациенту лекарство с просроченным сроком годности, осознает опасность своего действия, предвидит опасные последствия, допускает, но не желает их наступления, т. е. допускает безразличие в отношении неблагоприятных последствий.

Преступная неосторожность выступает в форме легкомыслия или небрежности.

Преступление признается совершенным по легкомыслию, если лицо, его совершившее, предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своего действия или бездействия, но без достаточных оснований рассчитывало на их предотвращение.

Преступление признается совершенным по небрежности, если лицо, его совершившее, не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий своего действия или бездействия, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло их предвидеть (ст. 23 УК).

Примером легкомысленного поведения медицинского работника будет неправильная (слишком тугая) иммобилизация гипсовой повязкой перелома конечности, вызвавшая некротические изменения мягких тканей.

В медицинской практике чаще встречается неосторожная небрежность, которая неразрывно связана с понятием врачебная ошибка.

Вместе с тем на практике очень трудно отличить легкомыслие от добросовестного заблуждения, и представляется, что принять такой нормативный правовой акт, который бы окончательно урегулировал отношения, возникающие по этому поводу, невозможно. При оценке и вынесении решения о виновности или невиновности врача необходимо исходить из сложившейся практики и полного, всестороннего и объективного исследования всех материалов конкретного дела. Если же в результате этого удастся установить и доказать, что действительно имело место добросовестное заблуждение, и конкретный врач действительно невиновно причинил вред пациенту, то в этом случае он не подлежит ответственности, хотя проблема обстоятельств, исключающих общественную опасность и противоправность деяний в области здравоохранения, недостаточно разработана в юридической науке.

К компонентам состава правонарушения относятся: объект и субъект правонарушения, объективная и субъективная сторона правонарушения.

Объектом правонарушения считаются явления окружающего мира, на которые направлено противоправное деяние. В медицинской практике субъектом может выступать жизнь и здоровье человека, его личная свобода, честь и достоинство, право на конфиденциальность и др.

Субъектом правонарушения признается лицо, совершившее виновное противоправное деяние. В медицинской практике таковым чаще всего медицинский работник или иное лицо, обязанное, в соответствии с законодательством или специальным правилом, оказывать помощь больному.

Объективная сторона правонарушения — это внешнее проявление противоправного деяния, его общественно вредные последствия. Элементы объективной стороны (деяние, противоправность, вред и причинная связь между деянием и наступившим вредом) рассмотрены выше.

Субъективную сторону правонарушения составляют вина, мотив и цель. Мотивом правонарушения являются осознанные побудительные причины, а целью — результат, которого хочет достичь человек, совершающий правонарушение.

Уголовная ответственность медицинских работников за профессиональные правонарушения предусмотрена рядом статей УК.

В зависимости от объекта состава профессионального преступления в сфере медицинской деятельности выделяют:

– преступление против жизни и здоровья (ст. 156, 161, 162, 163, 164, 165 УК);



- преступления против уклада семейных отношений и интересов несовершеннолетних (ст. 177, 178 УК);
- преступления против личной свободы, чести и достоинства (184 УК);
- преступления против здоровья населения (ст. 335, 336 УК);
- преступления против общественного порядка и общественной нравственности (ст. 348 УК).

Статья 156. Незаконное производство аборта.

1. Незаконное производство аборта врачом, имеющим высшее медицинское образование соответствующего профиля, — наказывается штрафом или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью.

2. Производство аборта лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля, — наказывается арестом, или ограничением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

3. Действия, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, повлекшие по неосторожности смерть женщины либо причинение тяжкого телесного повреждения, — наказываются лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

Объектом данного преступления является жизнь и здоровье женщины.

Объективная сторона заключается в незаконном производстве аборта врачом, имеющим высшее медицинское образование соответствующего профиля или лицом, не имеющим высшего медицинского образования соответствующего профиля (ненадлежащим лицом).

Субъектом данного преступления является врач или лицо, не имеющее высшего медицинского образования соответствующего профиля.

Субъективная сторона представлена прямым умыслом.

Статья 161. Неоказание помощи больному.

1. Неоказание помощи больному без уважительных причин лицом, занимающимся медицинской или фармацевтической практикой, либо иным лицом, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальным правилом, — наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или ограничением свободы на срок до двух лет.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть больного либо причинение тяжкого телесного повреждения, — наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

Объект этого преступления — жизнь и здоровье человека.

Объективная сторона данного деяния — сознательное уклонение медицинского или фармацевтического работника от выполнения своих профессиональных обязанностей.

Субъектом преступления в данном случае является медицинский, фармацевтический работник или иное лицо, обязанное, в соответствии с законодательством или специальным правилом, оказывать помощь больному.

Субъективной стороной этого преступления является прямой умысел со стороны медицинского работника, осознающего необходимость оказания помощи, но уклоняющегося от этого.

Преступность неоказания помощи больному корреспондирует к нормам международного и отечественного законодательства, согласно которым медицинский работник в любой ситуации обязан оказать нуждающемуся посильную квалифицированную помощь, исходя из требований обстановки.

Статья 162. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником.

1. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником, повлекшее причинение пациенту по неосторожности тяжкого или менее тяжкого телесного повреждения, — наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или исправительными работами на срок до двух лет, или ограничением свободы на тот же срок.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть пациента либо заражение ВИЧ-инфекцией, — наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

Объект преступления — жизнь и здоровье человека.

Объективная сторона этого преступления — неосторожное причинение смерти, тяжкого вреда здоровью в результате действия или бездействия медицинского работника, которые с неизбежностью или реальной возможностью ведут к лишению жизни потерпевшего или причинению ему тяжкого вреда.

Субъектом данного преступления является медицинский работник, т. е. лицо, занимающее должность врача или среднего медицинского персонала и допущенное к занятию медицинской деятельностью в установленном порядке.

Субъективная сторона характеризуется неосторожной формой вины медицинского работника.

Статья 163. Принуждение к даче органов или тканей для трансплантации.

1. Принуждение лица к даче его органов или тканей для трансплантации, совершенное с угрозой применения насилия к нему или его близким, — наказывается лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

2. Принуждение лица к даче его органов или тканей для трансплантации, совершенное с применением насилия либо в отношении лица, находящегося в материальной или иной зависимости от виновного, — наказывается лишением свободы на срок до пяти лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

Объектом этого преступления являются жизнь и здоровье человека.

Объективная сторона данного преступного деяния включает принуждение, психическое давление на потерпевшего в любой форме: угроза применения насилия, носящая реальный, действительный характер, обещания, предложение денег, обман под предлогом необходимости проведения медицинской операции и т. д. Состав преступления образует принуждение к согласию на изъятие любых органов и тканей, а не только тех, которые перечислены в законе в качестве трансплантатов.

Субъективная сторона преступного деяния представлена виной в форме прямого умысла, целью которого является принудить потерпевшего к согласию на изъятие у него органа или ткани.

Статья 164. Нарушение порядка проведения трансплантации.

1. Нарушение условий и порядка изъятия органов или тканей человека либо условий и порядка трансплантации, предусмотренных законом, повлекшее по неосторожности причинение тяжкого или менее тяжкого телесного повреждения донору или реципиенту, — наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или исправительными работами на срок до двух лет, или лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

2. Деяние, предусмотренное частью первой настоящей статьи, совершенное повторно, либо должностным лицом с использованием своих служебных полномочий, либо повлекшее по неосторожности смерть донора или реципиента, — наказывается лишением свободы на срок от трех до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

Объектом этого преступления являются жизнь и здоровье человека.

Объективной стороной данного преступного деяния является нарушение предусмотренных законом условий порядка изъятия или трансплантации органов или тканей человека, повлекшее либо причинение

тяжкого телесного повреждения пациенту, либо причинение менее тяжкого телесного повреждения, либо смерть потерпевшего.

Субъектом данного преступления является медицинский работник (врач).

Субъективная сторона данного преступления выражается в форме неосторожной вины.

Статья 165. Ненадлежащее исполнение обязанностей по обеспечению безопасности жизни и здоровья детей.

1. Ненадлежащее исполнение обязанностей по обеспечению безопасности жизни и здоровья малолетнего лицом, на которое такие обязанности возложены по службе, либо лицом, выполняющим эти обязанности по специальному поручению или добровольно принявшим на себя такие обязанности, повлекшее причинение малолетнему по неосторожности менее тяжкого телесного повреждения, при отсутствии признаков должностного преступления, — наказывается штрафом, или исправительными работами на срок до двух лет, или ограничением свободы на срок до трех лет.

2. То же деяние, повлекшее по неосторожности смерть малолетнего либо причинение тяжкого телесного повреждения, — наказывается ограничением свободы на срок до четырех лет или лишением свободы на тот же срок.

Объектом данного преступления является жизнь и здоровье малолетнего.

Объективная сторона: ненадлежащее исполнение обязанностей по обеспечению безопасности жизни и здоровья малолетнего (при отсутствии признаков должностного преступления), повлекшее причинение тяжкого или менее тяжкого повреждения потерпевшему либо смерть потерпевшего.

Субъектом данного преступления является: лицо, на которое возложены по службе обязанности по обеспечению безопасности жизни и здоровья малолетнего, либо лицо, выполняющее такие обязанности по специальному поручению.

Субъективная сторона данного деяния выражена в форме неосторожности.

Статья 177. Разглашение тайны усыновления.

Умышленное разглашение тайны усыновления против воли усыновителя или усыновленного — наказывается общественными работами, или штрафом, или исправительными работами на срок до одного года.

Объектом данного преступления является право человека на сохранение тайны усыновления (удочерения).

Объективной стороной является умышленное разглашение тайны усыновления (удочерения) против воли усыновителя или усыновленного

(удочеренной) устно, письменно или иным способом при отсутствии профессиональной или служебной необходимости.

Субъектом данного преступления являются: медицинский или фармацевтический работник, иное лицо, которому стали известны указанные сведения.

Субъективная сторона выражается в форме прямого умысла.

Статья 178. Разглашение врачебной тайны.

1. Умышленное разглашение медицинским, фармацевтическим или иным работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента (разглашение врачебной тайны) — наказывается штрафом или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью.

2. Разглашение врачебной тайны, выразившееся в сообщении сведений о наличии у лица ВИЧ-инфекции или заболевания СПИД, — наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или арестом на срок до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до трех лет.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, повлекшие тяжкие последствия, — наказываются лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

Объектом данного преступления является право человека на сохранение тайны о состоянии его здоровья.

Объективной стороной является разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, придание огласке указанных сведений устно, письменно или иным способом при отсутствии профессиональной или служебной необходимости.

Субъектом данного преступления являются: медицинский или фармацевтический работник, иное лицо, которому стали известны указанные сведения.

Субъективная сторона выражается в форме прямого умысла.

Статья 184. Незаконное помещение в психиатрическую больницу.

1. Помещение в психиатрическую больницу заведомо психически здорового лица либо незаконное удержание такого лица в психиатрической больнице — наказываются штрафом, или ограничением свободы на срок до трех лет, или лишением свободы на тот же срок с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

2. Те же деяния, повлекшие по неосторожности тяжкие последствия, — наказываются лишением свободы на срок до пяти лет с лишением

права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

Основания и порядок помещения (госпитализации) лиц, страдающих психическими расстройствами, в психиатрический стационар устанавливаются Законом Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [66].

Объектом преступления является личная свобода человека, его честь и достоинство.

Объективная сторона преступления характеризуется незаконным помещением в психиатрический стационар человека, не нуждающегося в психиатрическом лечении. Под помещением в психиатрический стационар следует понимать окончательное оформление документов в приемном отделении. С этого момента преступление следует считать оконченным.

Субъектом данного состава преступления является лицо, полномочное принимать решение о помещении лица в психиатрическую больницу или о содержании лица в такой больнице.

Субъективная сторона преступления характеризуется умышленной виной. Такие преступления не преследуют медицинских целей.

Статья 335. Незаконное врачевание.

1. Занятие врачеванием или фармацевтической деятельностью как профессией лицом, не имеющим надлежащего медицинского образования или без надлежащего разрешения (незаконное врачевание), повлекшее по неосторожности причинение менее тяжкого телесного повреждения, — наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или ограничением свободы на срок до трех лет, или лишением свободы на тот же срок.

2. Незаконное врачевание, повлекшее по неосторожности смерть человека либо причинение тяжкого телесного повреждения, — наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на срок до семи лет.

Объектом данного преступления является здоровье населения.

Объективная сторона — занятие врачеванием как профессией или занятие фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим надлежащего медицинского образования или без надлежащего разрешения.

Субъектом данного деяния является лицо, не имеющее надлежащего медицинского образования или надлежащего разрешения.

Субъективная сторона преступления характеризуется умышленной виной. По отношению к указанным последствиям может быть только неосторожная вина. В целом данное преступление признается совершенным по неосторожности.

Статья 336. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил.

1. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил лицом, обязанным соблюдать эти правила, повлекшее по неосторожности заболевания или отравления людей, — наказывается штрафом, или лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью, или исправительными работами на срок до двух лет, или ограничением свободы на срок до трех лет, или лишением свободы на тот же срок.

2. То же нарушение, повлекшее по неосторожности смерть человека, — наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на срок до семи лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью или без лишения.

Объектом данного преступного деяния является жизнь и здоровье человека.

Объективная сторона — нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее заболевание либо отравление людей, либо смерть человека.

Субъектом данного преступления является лицо, обязанное соблюдать санитарно-эпидемиологические правила.

Субъективная сторона представлена неосторожной формой вины (небрежность либо легкомыслие).

Статья 348. Незаконное изъятие органов или тканей от неживого донора.

1. Незаконное изъятие органов или тканей от неживого донора — наказывается штрафом, или арестом на срок до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до трех лет, или лишением свободы на тот же срок.

2. То же действие, совершенное из корыстных побуждений, — наказывается арестом на срок от трех до шести месяцев, или ограничением свободы на срок до пяти лет, или лишением свободы на тот же срок.

Объектом данного преступления является общественная нравственность.

Объективная сторона — незаконное изъятие (в то числе из корыстных побуждений) органов или тканей от неживого донора.

Субъект преступления — лицо, незаконно изъывшее органы или ткани от неживого донора.

Субъективная сторона преступления характеризуется умышленной виной.

Следует особо отметить, что решение вопроса о наличии или отсутствии в действиях медицинских работников элементов противоправности и виновности является исключительно юридической прерогативой. При

оценке обстоятельств, которые могли повлечь объективно ненадлежащую медицинскую помощь, необходимо учитывать следующие факторы:

1) недостаточность, ограниченность медицинских познаний в вопросах диагностики, лечения, профилактики некоторых заболеваний и осложнений (неполнота сведений в медицинской науке о механизмах патологического процесса; отсутствие четких критериев раннего распознавания и прогнозирования болезней);

2) несовершенство отдельных инструментальных медицинских методов диагностики и лечения;

3) чрезвычайная атипичность, редкость или злокачественность данного заболевания или его осложнения;

4) несоответствие между действительным объемом прав и обязанностей данного медицинского работника и производством требуемых действий по диагностике и лечению;

5) недостаточные условия для оказания надлежащей медицинской помощи пациенту с данным заболеванием в условиях конкретного лечебно-профилактического учреждения (уровень оснащенности диагностической и лечебной аппаратурой и оборудованием);

6) исключительность индивидуальных особенностей организма пациента;

7) ненадлежащие действия самого пациента, его родственников, других лиц (позднее обращение за медицинской помощью, отказ от госпитализации, уклонение, противодействие при осуществлении лечебно-диагностического процесса, нарушение режима лечения);

8) особенности психофизиологического состояния медицинского работника (болезнь, крайняя степень переутомления).

Данные обстоятельства могут играть главную роль в наступлении негативных последствий либо выступать в качестве условий, своеобразного фона, на котором осуществляются ненадлежащие действия медицинских работников, обусловленные причинами субъективного характера. Если же главным в наступлении тяжелых для больного последствий является ненадлежащее оказание помощи, выражающееся в запоздалом (несвоевременном), недостаточном, неправильном (неадекватном) ее предоставлении, обусловленном причинами субъективного порядка, то это, безусловно, имеет правовое значение для возникновения основания для уголовной ответственности.

К обстоятельствам, исключаяющим преступность деяния в медицинской практике, следует отнести крайнюю необходимость и обоснованный риск.

Статья 36. Крайняя необходимость.

1. Не является преступлением действие, совершенное в состоянии крайней необходимости, то есть для предотвращения или устранения



опасности, непосредственно угрожающей личности, правам и законным интересам данного лица или других лиц, интересам общества или государства, если эта опасность при данных обстоятельствах не могла быть устранена другими средствами и если причиненный вред не является более значительным, чем предотвращенный.

2. Состояние крайней необходимости признается также в случае, если действия, совершенные с целью предотвращения опасности, не достигли своей цели и вред наступил, несмотря на усилия лица, добросовестно рассчитывавшего его предотвратить.

Необходимо отметить, что медицинский работник, выполняющий профессиональные функции в состоянии крайней необходимости, должен сохранять возможность произвольного выбора (варианта) своего поведения. Специфика крайней необходимости в медицинской деятельности заключается в том, что она имеет в своей основе юридический конфликт между интересами пациента и третьего лица. Так как основной целью медицинской деятельности является сохранение жизни и здоровья человека, то причинение в состоянии крайней необходимости вреда любым интересам третьих лиц, кроме их жизни и здоровья, всегда должно считаться правомерным. Не может быть оправдано крайней необходимостью причинение медицинским работником вреда жизни одному лицу в целях спасения жизни другого лица [42].

Статья 39. Обоснованный риск.

1. Не является преступлением причинение вреда охраняемым настоящим Кодексом интересам при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели.

2. Риск признается обоснованным, если совершенное деяние соответствует современным научно-техническим знаниям и опыту, а поставленная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями и лицо, допустившее риск, предприняло все возможные меры для предотвращения вреда правоохраняемым интересам.

3. Риск не признается обоснованным, если он заведомо был сопряжен с угрозой экологической катастрофы, общественного бедствия, наступления смерти или причинения тяжкого телесного повреждения лицу, не выразившему согласия на то, чтобы его жизнь или здоровье были поставлены в опасность.

При оказании медицинской помощи обоснованным признается риск, ставящий своей целью спасение либо минимизацию вреда жизни и здоровья пациента. Обязательным условием обоснованного риска является требование «минимизации последствий» — медицинский работник, допускающий риск в профессиональной деятельности, должен принять достаточные меры для предотвращения вреда жизни и здоровью пациента, которые в конкретной ситуации риска зависели от него. Спецификой

обоснованного риска в медицинской деятельности является получение информированного добровольного согласия на рискованные действия со стороны пациента или лиц, представляющих его законные интересы.

### **Гражданско-правовая ответственность**

Гражданско-правовая ответственность применяется для восстановления нарушенных прав потерпевшего и удовлетворения его за счет нарушителя с применением санкций имущественного характера. Гражданская ответственность в сфере здравоохранения может носить как общий, так и персонифицированный характер, т. е. за действия, нарушающие права граждан, может быть привлечено к ответственности как учреждение здравоохранения в целом, так и конкретный медицинский работник.

К особенностям гражданской ответственности следует отнести следующее:

- факт нарушения чьих-либо прав (противоправность действия (бездействия) медицинского учреждения (его персонала)) с возникновением отрицательных последствий (причинение пациенту вреда), причинная связь между противоправным деянием и вредом;

- характеристика субъекта не является обязательным элементом состава правонарушения (если правонарушение совершило недееспособное лицо — ответственность несут законные представители; ответственность за действия работника налагается на нанимателя);

- наличие вины субъекта гражданского правонарушения не является обязательным условием.

Противоправность деяния медицинской организации выражается действием (бездействием) ее персонала, т. е. ненадлежащим исполнением им своих обязанностей или совершением необходимых действий.

В результате противоправных (виновных) действий (бездействий) медицинского персонала может быть причинен вред пациенту (имущественный и (или) моральный).

В соответствии со ст. 933 ГК Республики Беларусь, вред, причиненный личности или имуществу гражданина, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. Лицо, причинившее вред, освобождается от возмещения вреда, если докажет, что вред причинен не по его вине. В соответствии со ст. 937 ГК Республики Беларусь юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении своих трудовых (служебных, должностных) обязанностей. Вред, причиненный жизни или здоровью гражданина при исполнении договорных обязательств и других соответствующих обязанностей, возмещается в соответствии со статьями главы 58 ГК Республики Беларусь «Обязательства вследствие причинения вреда», если законодательством или договором не предусмотрен более высокий размер ответственности.

Имущественный вред может выступать в виде реального ущерба или упущенной выгоды.

В соответствии со ст. 954 и 955 ГК Республики Беларусь имущественный вред, подлежит возмещению потерпевшему в связи со стойкой утратой его трудоспособности.

В случае смерти пациента возмещение вреда производится лицам, находящимся у него на иждивении и другим, указанным в ст. 957 ГК Республики Беларусь. В соответствии со ст. 963 ГК Республики Беларусь, в случае вины организации здравоохранения, подлежат возмещению расходы на погребение лицу, понесшему их.

Моральный вред возникает в результате претерпевания потерпевшим лицом физических или нравственных страданий, явившихся следствием действий (бездействий), нарушающих личные неимущественные права гражданина либо посягающих на принадлежащие ему от рождения или в силу акта законодательства иные нематериальные блага. К последним относятся (в соответствии с п. 1 ст. 151 ГК Республики Беларусь): жизнь и здоровье, достоинство личности, личная неприкосновенность, честь и доброе имя, деловая репутация, неприкосновенность частной жизни, личная и семейная тайна, право свободного передвижения, выбора места пребывания и жительства, право на имя, право авторства, иные личные неимущественные права и другие нематериальные блага, принадлежащие гражданину от рождения или в силу акта законодательства, неотчуждаемы и непередаваемы иным способом. Порядок и условия компенсации морального вреда определены ст. 152 ГК Республики Беларусь. Исковая давность на требования о компенсации морального вреда не распространяется (ст. 209 ГК Республики Беларусь).

Независимо от вины медицинской организации (ее работников), подлежит возмещению вред, нанесенный в результате недостатков при оказании медицинской помощи, причиненный источником повышенной опасности (ст. 454 ГК Республики Беларусь) или в условиях крайней необходимости. Вред, причиненный источником повышенной опасности не возмещается, если будет доказано, что он возник вследствие непреодолимой силы или умысла потерпевшего (ст. 948 ГК Республики Беларусь).

В медицинской среде распространено мнение о том, что при наличии информированного добровольного согласия пациента в случае причинения вреда лечением ответственность медицинского работника не наступает. На самом деле, никакие соглашения между медицинской организацией и пациентом, направленные на устранение ответственности за причинение вреда здоровью, не имеют юридической силы. Правовое значение имеет лишь повышенная ответственность, предусмотренная соглашением сторон.

В целом, гражданская ответственность для медицинского персонала может наступить: при неосторожном причинении легкого вреда здоровью; при причинении вреда здоровью любой тяжести в условиях крайней необходимости; при причинении вреда здоровью ненадлежащим исполнением медицинской услуги (вред здоровью в этих случаях подлежит возмещению независимо от вины причинившего вред); при причинении вреда здоровью вследствие недостоверной или недостаточной информации о медицинской услуге (независимо от вины причинившего вред); при причинении вреда здоровью в виде неосуществления надзора за несовершеннолетними в лечебно-профилактических учреждениях в момент причинения вреда.

Возможность наступления гражданско-правовой ответственности при причинении вреда правомерными действиями медицинских работников является сложным психологическим и материальным фактором. В целях сглаживания материальной стороны этой проблемы необходимо развитие страхования гражданской ответственности медицинских организаций и их работников, что подразумевает компенсацию материального вреда жизни и здоровью пациента не за счет врача и медицинского учреждения, а за счет страховой компании.

### **Административная и дисциплинарная ответственность.**

В соответствии с Процессуально-исполнительным Кодексом Республики Беларусь об административных правонарушениях (далее ПИК<sub>о</sub>АП Республики Беларусь) административным правонарушением признается противоправное виновное, а также характеризующееся иными признаками, предусмотренными Кодексом, деяние (действие или бездействие), за которое установлена административная ответственность (часть 1 статьи 2.1 ПИК<sub>о</sub>АП Республики Беларусь).

Административная ответственность в сфере охраны здоровья предусмотрена: за правонарушения против здоровья, чести и достоинства человека, прав и свобод человека и гражданина (статья 9 главы ПИК<sub>о</sub>АП Республики Беларусь); правонарушения против экологической безопасности, окружающей среды и порядка природопользования (глава 15 ПИК<sub>о</sub>АП Республики Беларусь); правонарушения против здоровья населения (глава 16 ПИК<sub>о</sub>АП Республики Беларусь).

ПИК<sub>о</sub>АП Республики Беларусь устанавливает следующие виды административных взысканий: предупреждение, штраф, исправительные работы, административный арест, лишение специального права, лишение права заниматься определенной деятельностью, конфискация, депортация, взыскание стоимости предмета административного правонарушения. За правонарушения в сфере здравоохранения в отношении виновного должностного лица чаще всего применяется предупреждение или штраф.

К обстоятельствам, исключающим признание деяния административным правонарушением в сфере здравоохранения и оказания медицинской помощи, следует отнести действия в состоянии крайней необходимости или обоснованного риска.

В соответствии с Трудовым Кодексом Республики Беларусь **дисциплинарная ответственность** устанавливается за противоправное, виновное неисполнение или ненадлежащее исполнение работником своих трудовых обязанностей (дисциплинарный проступок). К мерам дисциплинарного взыскания относят: замечание, выговор, увольнение. При наложении взыскания учитываются тяжесть совершенного проступка, обстоятельства, при которых он совершен, предшествующая работа и поведение работника. До наложения взыскания от нарушителя трудовой дисциплины должно быть затребовано письменное объяснение. Отказ работника от дачи объяснения не является препятствием для применения взыскания и оформляется актом с указанием присутствующих при этом свидетелей. За каждый дисциплинарный проступок может быть применено только одно дисциплинарное взыскание. Дисциплинарное взыскание накладывается непосредственно после обнаружения проступка, но не позднее одного месяца со дня его обнаружения, не считая времени болезни работника или его пребывания в отпуске. Взыскание не может быть наложено после шести месяцев со дня совершения проступка. Дисциплинарное взыскание автоматически снимается через один год при условии, что работник не привлекался за этот период к дисциплинарной ответственности. По инициативе применившего взыскание органа или должностного лица, ходатайства руководителя или трудового коллектива дисциплинарное взыскание может быть снято и до истечения одного года.

Важным аспектом рассматриваемой проблемы ответственности за нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи, является их предупреждение. На наш взгляд, превентивные мероприятия должны носить организационно-правовой, информационно-образовательный и медико-профессиональный характер.

Действующее законодательство Республики Беларусь способно обеспечить максимальную реализацию прав граждан при оказании им медицинской помощи. Необходима адаптация ведомственных нормативно-правовых актов и приведение их в соответствие с современными требованиями защиты прав и законных интересов граждан с целью минимизировать вероятность возникновения конфликтов в системе «медицинская организация-пациент». Межведомственное взаимодействие в решении данной проблемы позволит исключить неоднородность понимания и различия во взглядах на этико-правовые аспекты оказания медицинской помощи юристов и медиков.

Деятельность организаций здравоохранения должна быть направлена на недопустимость возникновения, а также досудебное решение возникающих конфликтов. Для этих целей в лечебно-профилактических учреждениях создаются локальные этические комитеты. Привлечение специалиста в области права к участию в работе комитетов по этике, является, на наш взгляд, обязательным. Это позволит правильно оценить обоснованность выдвигаемых пациентом претензий, исключить юридически несостоятельные выводы и предложения, адекватно решать проблемы, не входящие в компетенцию медицинских работников, вести претензионную переписку с пациентом или лицами, представляющими его интересы. Юридическая служба должна активно функционировать во врачебных ассоциациях и профессиональных союзах медицинских работников, которые обязаны принимать соучастие в страховании профессиональной ответственности своих членов.

В Республике Беларусь назрела потребность в создании специальных обществ, ассоциаций по защите прав пациентов. В их состав должны входить профессиональные юристы, психологи, медицинские работники, представители общественности и средств массовой информации. Все это должно способствовать возникновению паритета прав и равноценной возможности их защиты как пациентами так и медицинскими работниками.

Повышение юридической грамотности медицинских работников также является эффективным методом профилактики профессиональных правонарушений. Формировать багаж таких знаний нужно начинать на студенческой скамье. Изучение основ медицинского права уже вошло в программу обучения студентов и учащихся медицинских учебных заведений, однако практически отсутствует на этапе последиplomного образования. Параллельно юридической подготовке необходимо совершенствование этико-деонтологических знаний с целью формирования целостного понимания важности неукоснительного соблюдения прав и законных интересов граждан при оказании медицинской помощи. Пациенты также должны знать о своих правах и обязанностях, уметь пользоваться ими без ущемления прав медицинских работников. Информирование пациентов может осуществляться через средства массовой информации и медицинскими работниками (буклеты, плакаты, стенды, беседы и т. д.). Факт ознакомления пациента со своими правами и обязанностями должен быть оформлен письменно в медицинской документации.

Юридическая оценка действий медицинских работников, в большинстве случаев, зависит от полноты выполнения ими протоколов (стандартов) оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь и основанных на достижениях в области доказательной медицины. Правильное ведение медицинской документации с отражением должного динамического наблюдения за пациентом и

четким описанием выполненных манипуляций, также является фактором защиты медицинских работников от претензий со стороны пациентов даже при неблагоприятном исходе лечения.

## Литература

1. *Абаев, Ю. К.* Этика в педиатрии и детской хирургии / Ю. К. Абаев // Белорус. мед. журнал. 2009. № 1. С. 151–155.
2. *Агиевец, С. В.* Медицинское право : учеб. пособие / С. В. Агиевец. Гродно : ГрГУ, 2003. 167 с
3. *Агиевец, С. В.* Теоретические проблемы правового регулирования медицинской помощи : моногр. / С. В. Агиевец. Гродно : ГрГУ, 2002. 168 с.
4. *Александр, Ф.* Человек и его душа : познание и врачевание от древности и до наших дней / Ф. Александр, Ш. Селесник ; пер. с англ. М. : Яхтсмен, 1995. 604 с.
5. *Альбицкий, В. Ю.* Современные этические проблемы педиатрии / В. Ю. Альбицкий, С. Я. Волгина // Вопр. соврем. педиатрии. 2004. № 5. С. 98–99.
6. *Амосов, Н. М.* Мысли и сердце / Н. М. Амосов. Киев : Радянський письменник, 1965. 226 с.
7. *Биомедицинская этика : учеб. пособие / под ред. Т. В. Мишаткиной, С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич.* Минск : БГЭУ, 2003. 320 с.
8. *Биомедицинская этика : проблемы и перспективы : материалы междунар. конф. / под общ. ред. Т. В. Мишаткиной, Д. С. Денисова, Я. С. Яскевич.* Минск : МГМИ, 2000. 181 с.
9. *Биоэтика : междисциплинарные стратегии и приоритеты : учеб.-метод. пособие / под ред. Я. С. Яскевич.* Минск : БГЭУ, 2007. 225 с.
10. *Бисюк, Ю. В.* Стандарты оказания медицинской помощи : роль и значение для следственно-судебной практики / Ю. Д. Сергеев, Ю. В. Бисюк // Российский судья. 2007. № 4. С. 26–28.
11. *Блохин, Н. Н.* Деонтология в онкологии / Н. Н. Блохин. М. : Сов. медицина, 1977. 69 с.
12. *Бойко, Ю. Г.* Врачебная эрология как один из важнейших аспектов медицинской деонтологии / Ю. Г. Бойко. Гродно, 2000. 98 с.
13. *Бойко, Ю. Г.* Проблема врачебных ошибок в медицинской деонтологии / Ю. Г. Бойко // Мед. новости. 1999. № 9. С. 18–21.
14. *Бойко, Ю. Г.* Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок. / Ю. Г. Бойко, Н. Ф. Силяева. Минск : ГрГМИ, 1994. 65 с.
15. *Василенко, В. Х.* На грани античной и новой медицины / В. Х. Василенко // Терапевт. арх. 1983. № 1. С. 133–139.
16. *Васильева, Е. Е.* Институт добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство в российском и американском праве / Е. Е. Васильева // Журнал российского права. 2004. № 9. С. 11–15.
17. *Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении : Закон СССР 1969 г. // Ведомости Верховного Совета СССР. 1969. № 52. Ст. 466.*
18. *Вересаев, В. В.* Собрание сочинений в 5 т. / В. В. Вересаев. М. : Правда, 1961. Т. 1. 479 с.
19. *Винничук, Л.* Люди, нравы и обычаи Древней Греции и Рима / Л. Винничук ; пер. с польск. М. : Высшая школа, 1988. 496 с.

20. *Воинов, И. П.* Донесения из-за границы / И. П. Воинов // Московские ученые ведомости. 1805. № 43. С. 340–343.
21. *Волгина, С. Я.* Современные этические проблемы педиатрии / С. Я. Волгина // *Вопр. соврем. педиатрии*. 2004. № 5. С. 98–99.
22. *Гиппократ*. Избранные книги / пер. с греч. В. С. Карпова. М. : Биомедгиз, 1962. 270 с.
23. *Григович, И. Н.* Избранные лекции по детской хирургии / И. Н. Григович. Петрозаводск, 2004. 123 с.
24. *Гущин, И. В.* Право социального обеспечения Республики Беларусь : учеб. пособие в 2 ч. / И. В. Гущин. Гродно : ГрГУ, 1993. Ч. 1. 106 с. ; Ч. 2. 166 с.
25. *Гущин, И. В.* Советское право социального обеспечения : вопросы теории / И. В. Гущин ; науч. ред. В. С. Андреев. Минск : Наука и техника, 1982. 176 с.
26. *Давыдовский, И. В.* Врачебные ошибки / И. В. Давыдовский // *Сов. медицина*. 1941. № 3. С. 3–10.
27. *Дадвани, С. А.* Проблема информированного согласия в медицине / С. А. Дадвани, Н. А. Кузнецов // *Хирургия*. 2000. № 4. С. 63–66.
28. *Деонтология* в медицине. В 2 т. / под ред. Б. В. Петровского. М. : АМН СССР, 1988. Т. 1. 256 с.
29. *Дитерихс, М. М.* Душа хирурга. / М. М. Дитерихс. Л., 1925. 140 с.
30. *Долецкий, С. Я.* Мысли в пути / С. Я. Долецкий. М. : Медицина, 1977. 498 с.
31. *Дуков, Л. Г.* Биоэтика практикующего врача / Л. Г. Дуков, П. М. Варанакон // *Клиническая медицина*. 1998. № 8. С. 46–48.
32. *Дьяченко, В. Г.* Качество медицинской помощи. Вопросы теории и практики : метод. пособие / В. Г. Дьяченко. Хабаровск, 1996. 270 с.
33. *Европейская Конвенция* о социальной и медицинской помощи, 11.12.1953 г. : Конвенция МОТ [Электронный ресурс]. 2000. Режим доступа: <http://www.allpravo.ru>. Дата доступа: 30.10.2006.
34. *Европейская социальная хартия*, 3.05.1996 г. [Электронный ресурс]. 2001. Режим доступа: <http://www.allpravo.ru>. Дата доступа: 30.10.2006.
35. *Здасюк, Н. И.* Проблемы осуществления гражданами СССР права на медицинское лечение и обслуживание : автореф. ... дис. канд. юр. наук : 12.00.02 / Н. И. Здасюк ; Белорус. гос. ун-т. Минск, 1997. 22 с.
36. *Здасюк, Н. И.* Содержание конституционного права граждан Республики Беларусь на охрану здоровья / Н. И. Здасюк // *Право и демократия : межвуз. сб. науч. тр.* / Белорус. гос. ун-т, ГрГУ, Акад. МВД Респ. Беларусь ; под ред. В. М. Хомича. Минск : Университетское, 1995. С. 48–55.
37. *Зильбер, А. П.* Этика и закон в медицине критических состояний / А. П. Зильбер. Петрозаводск : изд-во ПетрГУ, 1998. 560 с.
38. *Иванюшкин, А. Я.* Врачебная этика в России (XIX – начало XX вв.) / А. Я. Иванюшкин. М. : Медицина, 2000. 354 с.
39. *Кант, И.* Основы метафизики нравственности : соч. в 6 т. / И. Кант. М., 1965. Т. 4. 278 с.
40. *Кассирский, И. А.* О врачевании. Проблемы и раздумья / И. А. Кассирский. М. : Медицина, 1970. 271 с.
41. *Катц, Дж.* Защита испытуемых и пациентов : уроки Нюрнберга / Дж. Катц. М. : Норма, 1998. 256 с.
42. *Кибальник, А. Г.* Актуальные проблемы уголовной ответственности медицинских работников / А. Г. Кибальник, Я. В. Старостина. М. : Илекса, 2006. 92 с.



43. *Клиническая психология* : учеб. / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб. : Питер, 2002. 960 с.
44. *Козлов, А. М.* Гиппократ и морально-этические проблемы медицины / А. М. Козлов, И. И. Косарев. М. : ММИ, 1983. 84 с.
45. *Кони, А. Ф.* Собрание сочинений в 8 т. / А. Ф. Кони. М. : Юр. лит, 1967. Т. 4. 448 с.
46. *Конституция* Республики Беларусь 1994 года (с изменениями и дополнениями, принятыми на республиканских референдумах 24 ноября 1996 г. и 17 октября 2004 г.). Минск : Амалфея, 2008. 48 с.
47. *Корж, С. Б.* Деонтология в онкологии / С. Б. Корж. Минск, 1975.
48. *Косинец, А. Н.* Медицинское образование на рубеже веков : место и роль социально-гуманитарного знания / А. Н. Косинец, М. А. Никольский, С. П. Кулик. Минск: Выш. шк, 1999. № 3–4. С. 28–31.
49. *Кралько, А. А.* Медико-правовые аспекты нового Уголовного кодекса Республики Беларусь / А. А. Кралько // Мед. новости. 2000. № 6. С. 43–46.
50. *Кралько, А. А.* Медицинское право : руководство для специалистов, вовлеченных в ВИЧ-сервисную и другую медико-социальную деятельность / А. А. Кралько. Минск : Позитивное движение, 2007. 195 с.
51. *Красовский, Б. П.* Взаимоотношения врача и пациента на Западе / Б. П. Красовский // СОЦИС, 2002. № 6. С. 122–127.
52. *Ладо, И. В.* Медицинское страхование за рубежом / И. В. Ладо // Здравоохранение. 2003. № 3. С. 20–23.
53. *Ладо, И. В.* Совершенствование организационных форм и правовых аспектов медицинской помощи / И. В. Ладо // Здравоохранение. 2003. № 4. С. 24–26.
54. *Макшанов, И. Я.* Врачебная деонтология : учеб. пособие для мед. ин-тов / И. Я. Макшанов. Минск : Выш. шк., 1998. 130 с.
55. *Международные акты о правах человека* : сб. док. / сост. В. А. Карташкин, Е. А. Лукашева. М. : НОРМА, 2002. С. 516.
56. *Мишаткина, Т. В.* Биоэтика и биомедицинская этика : статус, содержание, проблемы / Т. В. Мишаткина // Практична філософія. 2006. № 3 (21). С. 59–81.
57. *Мишаткина, Т. В.* Универсальные принципы моральные нормы и ценности биомедицинской этики / Т. В. Мишаткина // Биоэтика и гуманитарная экспертиза : проблемы геномики, психологии и виртуалистика / отв. ред. Ф. Г. Майленова. М. : ИФ РАН, 2008. 223 с.
58. *Мишаткина, Т. В.* Система этической экспертизы биомедицинских исследований в Республике Беларусь / Т. В. Мишаткина, Я. С. Яскевич // Этическая экспертиза биомедицинские исследований в государствах-участниках СНГ (социальные и культурные аспекты) / отв. ред. О. И. Кубарь. СПб. : Феникс, 2007. 406 с.
59. *Назарова, И. Б.* Деформализация закона в системе оказания медицинской помощи / И. Б. Назарова. СПб. : Питер, 2003. 110 с.
60. *Нуштаев, И. А.* Становление хирургической деонтологии в России / И. А. Нуштаев // Вестник хирургии. 1999. № 5. С. 103–104.
61. *О государственных* минимальных социальных стандартах в области здравоохранения : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 18 июля 2002 г., № 963, в ред. постановления Совета Министров Респ. Беларусь от 11.12.2007 г., № 1722 // Консультант Плюс : Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «Юр-Спектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. Минск, 2008.
62. *О государственных* минимальных социальных стандартах: Закон Респ. Беларусь, 11 нояб. 1999 г., № 322-З (в ред. Закона Респуб. Беларусь от 31.12.2009 № 114-3) //

Консультант Плюс : Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. Минск, 2010.

63. *О здравоохранении*: Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., в ред. Закона Респ. Беларусь от 20 июня 2008 г., № 363-З // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. 2008. № 159. 2/1460.

64. *О Концепции* добровольного медицинского страхования в Республике Беларусь : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 22 сент. 2004 г., № 1180 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. 2004. № 154. 5/14886.

65. *Об утверждении* Положения о порядке оказания платных медицинских услуг в государственных организациях здравоохранения и перечня платных медицинских услуг, оказываемых в государственных организациях здравоохранения : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 10 февр. 2009 г., № 182 // Консультант Плюс : Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. Минск, 2008.

66. *О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании* : Закон Респ. Беларусь, 1 июля 1999 г., № 274-З (в ред. Закона Респуб. Беларусь от 09.11.2009 № 51-З) // Консультант Плюс : Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. Минск, 2010.

67. *Об утверждении* государственной Программы развития специализированной медицинской помощи на 2004–2007 годы : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 8 января 2004 г., № 2 // Консультант Плюс : Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. Минск, 2010.

68. *Об утверждении* Инструкции по разработке и реализации территориальных программ государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан : постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 27 мая 2002 г., № 28 // Консультант Плюс : Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. Минск, 2008.

69. *Об утверждении* Программы развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006–2010 годы : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 31 авг. 2006 г., № 1116 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. 2006. № 145. 5/22834.

70. *Об утверждении* Программы развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Беларусь на 2003–2007 годы : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 16 дек. 2002 г., № 1749 // Консультант Плюс : Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. Минск, 2010.

71. *Об утверждении* Хартии социальных прав и гарантий граждан независимых государств : Постановление Межпарлам. ассамблеи государств-участников Содружества Независимых Государств, 29 окт. 1994 г., № Г 9400175 [Электронный ресурс]. 2002. Режим доступа: <http://www.allpravo.ru>. Дата доступа: 30.10.2006.

72. *Папеева, К. О.* Некоторые проблемы разглашения медицинской тайны в условиях крайней необходимости / К. О. Папеева // Медицинское право. 2004. № 3. С. 22–26.

73. *Петров, Н. Н.* Вопросы хирургической деонтологии (о должном в хирургии). Л. : ГИДУВ, 1948. 84 с.

74. *Пилипцевич, Н. Н.* Вид, этап, объем медицинской помощи / Н. Н. Пилипцевич, Т. П. Павлович // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. 2003. № 1. С. 29–34.

75. *Современные* тенденции и опыт реформирования здравоохранения за рубежом / Н. Н. Пилипцевич [и др.] // *Вопр. организации и информатизации здравоохранения*. 1997. № 3. С. 3–16.
76. *Сохранение* и укрепление здоровья народа — залог величия, могущества и богатства государства / Н. Н. Пилипцевич [и др.] // *Вопр. организации и информатизации здравоохранения*. 2004. № 2. С. 3–7.
77. *Пирогов, Н. И.* Собрание сочинений в 8 т. / Н. И. Пирогов. М. : Медицина, 1962. Т. 8. 227 с.
78. *Пищита, А. Н.* Реализация прав пациентов на добровольное информированное согласие / А. Н. Пищита, Н. Г. Гончаров, С. Г. Стеценко // *Правовые и этические основы медицинской деятельности : международное измерение и национальные традиции : материалы Всерос. науч.-практ. конф., Самара 2004 г.* / СамГМУ ; под общ. ред. Г. П. Котельникова, Ю. Д. Сергеева, В. В. Сергеева. Самара : СамГМУ, 2004. С. 176–178.
79. *Полный Свод Законов Российской Империи.* Книга II. Т. IX–XVI. СПб., 1911. 320 с.
80. *Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций.* Киев : Сфера, 1999. 100 с.
81. *Правовые основы здравоохранения в России* / под ред. Ю. Л. Шевченко. М. : ГЭОТАР Мед., 2000. 211 с.
82. *Рокицкий, М. Р.* Этика и деонтология в хирургии / М. Р. Рокицкий. М. : ГЭОТАР Медицина, 1998. 45 с.
83. *Романовский, Г. Б.* Право на врачебную тайну в системе прав пациента / Г. Б. Романовский // *Медицинское право*. 2003. № 2. С. 23–26.
84. *Седова, Н. Н.* Философия человека и медицина / Н. Н. Седова // *Диалектика материального и идеального в познании сущности здоровья и болезни : совещание по философским проблемам современной медицины, Казань 1998 г.* / КГМУ ; под общ. ред. Ю. Д. Сергеева. Казань : КазМед, 1998. С. 86–89.
85. *Семашко, Н. А.* О врачебной тайне / Н. А. Семашко // *Бюллетень НКЗ*. 1925. № 11. С. 12–14.
86. *Соглашение о сотрудничестве в области охраны здоровья населения, 26 июня 1992 г., № Г 9200122 : Постановление Совета Глав Правительств СНГ // Информац. вестн. Совета Глав государств и Совета Глав Правительств СНГ «Содружество».* 1997. № 2. С. 69–74.
87. *Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников Содружества Независимых Государств, 27 марта 1997 г. : Постановление Совета Глав Правительств СНГ [Электронный ресурс].* 2001. Режим доступа: <http://www.kaznachey.com/doc>. Дата доступа: 26.10.2006.
88. *Степанова, Е. Н.* Трансплантация органов человека : мировой опыт и Россия (гражданско-правовой аспект) : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.03 / Е. Н. Степанова. М., 2004 108 с.
89. *Стеценко, С. Г.* Защита прав пациента и информированное согласие / С. Г. Стеценко // *Здравоохранение*. 2001. № 12. С. 129–135.
90. *Стеценко, С. Г.* Медицинское право : учебник / С. Г. Стеценко. СПб. : Юридический центр Пресс, 2004. 260 с.
91. *Стеценко, С. Г.* Юридическая регламентация деятельности медицинских работников : учеб. пособие / С. Г. Стеценко. М. : Гос. ин-т усовершенств. врачей МО РФ, 2002. 157 с.

92. *Стеценко, С. Г.* Очерки медицинского права / С. Г. Стеценко, А. Н. Пищита, Н. Г. Гончаров. М. : ЦКБ РАН, 2004. 191 с.
93. *Сточик, А. М.* Изменение медико-этических представлений в XX веке / А. М. Сточик, М. Я. Яровинский // Материалы I съезда Конфедерации историков медицины, Москва, 12–14 марта 1998 г. М. : МГМИ, 1998. С. 60–61.
94. *Тищенко, П. Д.* Врач и пациент : типы и формы взаимоотношений : учеб. пособие. М. : Прогресс-Традиция, 2008. 158 с.
95. *Уголовный кодекс Республики Беларусь* : принят Палатой представителей 2 июня 1999 г. : одобр. Советом Респ. 24 июня 1999 г. : текст Кодекса по состоянию на 10 марта 2010 г. Минск : Акад. МВД Респ. Беларусь, 2010. 210 с.
96. *Фоменко, А. Г.* Законодательное утверждение прав пациента в контексте реформы здравоохранения Республики Беларусь / А. Г. Фоменко // *Вопр. организации и информатизации здравоохранения*. 2006. № 4. С. 7–17.
97. *Фоменко, А. Г.* Методы выявления, анализа и оценки неблагоприятных событий, возникающих при оказании медицинской помощи / А. Г. Фоменко // *Вопр. организации и информатизации здравоохранения*. 2008. № 4. С. 31–41.
98. *Фоменко, А. Г.* Раскрытие медицинских ошибок : правовые, этические и организационно-методические аспекты проблемы / А. Г. Фоменко // *Вопр. организации и информатизации здравоохранения*. 2009. № 3. С. 35–44.
99. *Фоменко, А. Г.* Удовлетворенность пациентов качеством медицинского обслуживания и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения / А. Г. Фоменко // *Вопр. организации и информатизации здравоохранения*. 2008. № 1. С. 35–44.
100. *Хронологическое собрание законов, указов Президиума Верховного Совета и постановлений Правительства РСФСР*. В 10 т. Т. 1. 1917–1928 гг. М., 1959. 583 с.
101. *Шабайлов, В. И.* Правовое регулирование социально-культурной деятельности / В. И. Шабайлов. Минск : Наука и техника, 1981. 183 с.
102. *Шабайлов, В. И.* Управление здравоохранением в СССР / В. И. Шабайлов. М. : Юр. лит., 1968. 184 с.
103. *Шарабчиев, Ю. Т.* Новая парадигма здравоохранения : причины, обуславливающие необходимость смены парадигмы / Ю. Т. Шарабчиев // *Мед. новости*. 2005. № 3 (117). С. 11–22.
104. *Шарабчиев, Ю. Т.* Права пациента в законодательстве зарубежных стран / Ю. Т. Шарабчиев // *Мед. новости*. 2000. № 2. С. 50–53.
105. *Шарабчиев, Ю. Т.* Современные тенденции и опыт реформирования здравоохранения за рубежом / Ю. Т. Шарабчиев, Н. Н. Пилипцевич // *Вопр. организации и информатизации здравоохранения*. 1997. № 3. С. 3–16.
106. *Шарабчиев, Ю. Т.* Права пациентов в зеркале нормативных правовых актов Республики Беларусь / Ю. Т. Шарабчиев, Т. В. Дудина, А. И. Елкина // *Мед. новости*. 2006. № 2. С. 75–82.
107. *Актуальные проблемы медицинской деонтологии* / Н. Н. Щетинин [и др.] // *Мед. новости*. 2000. № 11. С. 48–51.
108. *Юдин, Б. Г.* Природа этического знания : учеб. пособие / Б. Г. Юдин. М. : Прогресс-Традиция, 1998. 82 с.
109. *Юдин, С. С.* Избранное / С. С. Юдин. М. : Медицина, 1991. 400 с.
110. *Юдин, С. С.* Размышления хирурга / С. С. Юдин. М. : Медицина, 1968. 362 с.
111. *Carew, P. J.* Privacy Guidelines for Telemedicine Developers / P. J. Carew, L. Stapleton. Med-e-Tel-2005. Luxembourg, 2005. [Электронный ресурс]. 2005. Режим доступа: <http://www.medetel.ru>. Дата доступа: 15.08.2009.

112. *Dukeminier, J.* Organ Transplantation : A Proposal for Routine Salvaging of Cadaver Organs / J. Dukeminier, D. Sanders // *New England Journal of Medicine*. 1968. Vol. 279. P. 413–415.
113. *Esmanuel, E. J.* Four models of the physician-patient relationship / E. J. Esmanuel, L. L. Esmanuel // *Ibid.* 2001. P. 2221–2226.
114. *Redden, M. E.* Plastic Reconstr. Surg. / M. E. Redden, D. C. Barer, A. Meisel // *Lancet*. 1985. P. 270–276.
115. *Richardson, R.* Fearful Symmetry / R. Richardson // *Organ Transplantation : Meanings and Realities*. University of Wisconsin Press, Madison, 1996. P. 78.
116. *Veatch, R. M.* Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age / R. M. Veatch // *The Hastings Center Report*. 1972. Vol. 2. № 3. P. 5–7.
117. *Zeichner, B.* The role of Unconscious Conflict in Informed Consent / B. Zeichner // *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*. 1985. Vol. 13. № 3. P. 286–288.
118. *Zliev, D.* Patient's Rights Development in Europe / D. Zliev, M. Vienonen. WHO, Regional office for Europe, 1998. P. 180–185.

**Этические рекомендации и правовые стандарты оформления согласия на медицинское вмешательство**

Сроки оказания медицинской помощи и сложность медицинского вмешательства	Юридический статус пациента				
	Совершеннолетний дееспособный	Несовершеннолетний (от 16 до 18 лет)	Несовершеннолетний (до 16 лет)	Не способный по состоянию здоровья к принятию осознанного решения	Недееспособный (признанный в установленном порядке)
Плановое сложное медицинское вмешательство	1. Определить круг лиц, которым, в соответствии с действующим законодательством, необходимо предоставить информацию о состоянии здоровья пациента и предстоящем медицинском вмешательстве.				
	<p>2. Предоставить полную информацию пациенту в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии, доступной для понимания лицом, не обладающим специальными знаниями в области здравоохранения.</p> <p>3. Обсудить с пациентом вопросы конфиденциальности полученной информации.</p> <p>4. Оформить письменно полученное у пациента согласие</p>	<p>2. Предоставить полную информацию законным представителям в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии, доступной для понимания лицом, не обладающим специальными знаниями в области здравоохранения. По просьбе несовершеннолетнего, в целях осознанного выполнения им медицинских предписаний, по согласованию с его законным представителем, лечащим врачом несовершеннолетнему предоставляется информация о состоянии его здоровья и выбранных методах оказания медицинской помощи в доступной для его возраста форме, с учетом психофизиологической зрелости и эмоционального состояния пациента.</p> <p>3. Обсудить с законными представителями вопросы конфиденциальности полученной информации.</p> <p>4. Оформить письменно полученное согласие вышеуказанными лицами</p>	<p>2. Предоставить полную информацию супругу (супруге) или одному из близких родственников (родителям, совершеннолетним детям, родным братьям (сестрам), внукам, деду (бабке)) в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии, доступной для понимания лицом, не обладающим специальными знаниями в области здравоохранения. При возникновении у пациента способности к принятию осознанного решения, предоставить ему полную информацию относительно выполненного медицинского вмешательства.</p> <p>3. Обсудить с супругом (супругой) или ближайшими родственниками вопросы конфиденциальности полученной информации.</p>	<p>2. Предоставить полную информацию опекунам в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии, доступной для понимания лицом, не обладающим специальными знаниями в области здравоохранения.</p> <p>3. Обсудить с опекунами вопросы конфиденциальности полученной информации.</p> <p>4. Оформить письменно полученное согласие вышеуказанными лицами</p>	

Сроки оказания медицинской помощи и сложность медицинского вмешательства	Юридический статус пациента				
	Совершеннолетний дееспособный	Несовершеннолетний (от 16 до 18 лет)	Несовершеннолетний (до 16 лет)	Не способный по состоянию здоровья к принятию осознанного решения	Недееспособный (признанный в установленном порядке)
				4. Оформить письменно полученное согласие вышеуказанными лицами	
Неотложное сложное медицинское вмешательство	<p>2. Предоставить пациенту предварительную информацию в объеме, зависящем от срочности медицинского вмешательства. Пациент должен четко представлять, что риск отказа от медицинского вмешательства значительно превышает таковой при выполнении самого вмешательства. После устранения угрозы жизни информация пациенту предоставляется в полном объеме.</p> <p>3. Обсудить с пациентом вопросы конфиденциальности полученной информации.</p> <p>4. Оформить письменно полученное у пациента согласие</p>	<p>2. Предоставить предварительную информацию в объеме, зависящем от срочности медицинского вмешательства, законным представителям; при их отсутствии или невозможности установить их местонахождение, решение принимается врачебным консилиумом; при невозможности его проведения — лечащим врачом с оформлением записи в медицинской документации. Лечащий врач (врачебный консилиум), принявший решение и осуществивший неотложное медицинское вмешательство, при первой возможности должен уведомить об этом руководителя организации здравоохранения, а также законных представителей с предоставлением им полной информации относительно выполненного медицинского вмешательства.</p> <p>3. Обсудить с законными представителями вопросы конфиденциальности полученной информации.</p> <p>4. Оформить письменно полученное согласие вышеуказанными лицами</p>	<p>2. Предоставить супругу (супруге) или одному из близких родственников предварительную информацию в объеме, зависящем от срочности медицинского вмешательства. При их отсутствии или невозможности установить их местонахождение решение принимается врачебным консилиумом; при невозможности его проведения — лечащим врачом с оформлением записи в медицинской документации. Лечащий врач (врачебный консилиум), принявший решение и осуществивший неотложное медицинское вмешательство, при первой возможности должен уведомить об этом руководителя организации здравоохранения, а также законных представителей. При возникновении у пациента способности к принятию осознанного решения, ему предоставляется пол-</p>	<p>2. Предоставить предварительную информацию опекунам в объеме, зависящем от срочности медицинского вмешательства. При отсутствии опекунов или невозможности установить их местонахождение решение принимается врачебным консилиумом; при невозможности его проведения — лечащим врачом с оформлением записи в медицинской документации. Лечащий врач (врачебный консилиум), принявший решение и осуществивший неотложное медицинское вмешательство, при первой возможности должен уведомить об этом руководителя организации здравоохранения, а также опекунов с предоставлением им пол-</p>	

Сроки оказания медицинской помощи и сложность медицинского вмешательства	Юридический статус пациента				
	Совершеннолетний дееспособный	Несовершеннолетний (от 16 до 18 лет)	Несовершеннолетний (до 16 лет)	Не способный по состоянию здоровья к принятию осознанного решения	Недееспособный (признанный в установленном порядке)
				ная информация	ной информации
Неотложное сложное медицинское вмешательство				о выполненном медицинском вмешательстве. 3. Обсудить с супругом (супругой) или ближайшими родственниками вопросы конфиденциальности полученной информации. 4. Оформить письменно полученное согласие вышеуказанными лицами	относительно выполненного медицинского вмешательства. 3. Обсудить с опекунами вопросы конфиденциальности полученной информации. 4. Оформить письменно полученное согласие вышеуказанными лицами
Простое медицинское вмешательство	Отметить в медицинской документации устное согласие пациента после предоставления интересующей его информации относительно простого медицинского вмешательства	Отметить в медицинской документации устное согласие пациента после предоставления интересующей его информации относительно простого медицинского вмешательства	Отметить в медицинской документации устное согласие законных представителей после предоставления интересующей их информации относительно простого медицинского вмешательства	Отметить в медицинской документации устное согласие супруги (супруга) или одного из близких родственников после предоставления интересующей их информации о простом медицинском вмешательстве	Отметить в медицинской документации устное согласие опекунов после предоставления интересующей их информации относительно простого медицинского вмешательства
<p><b>Отзыв согласия на медицинское вмешательство (статья 44 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» от 20.06.2008 г. № 363-3)</b></p> <p>Согласие на сложное медицинское вмешательство может быть отозвано пациентом либо лицами, представляющими его законные интересы, и лечащим врачом, за исключением случаев, когда медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни или здоровья пациента. Отзыв согласия на сложное медицинское вмешательство и информация о невозможности удовлетворения отзыва с указанием причин оформляются записью в медицинской документации и подписываются пациентом либо лицами, представляющими его законные интересы, и лечащим врачом.</p> <p>Отзыв согласия на простое медицинское вмешательство осуществляется лицами, давшими его. Отметка об отзыве согласия на простое медицинское вмешательство делается медицинским работником в медицинской документации.</p>					



Этические рекомендации и медико-правовые стандарты оформления отказа от медицинского вмешательства

Сроки оказания медицинской помощи и сложность медицинского вмешательства	Юридический статус лица, заявившего отказ от медицинского вмешательства			
	Совершеннолетний дееспособный	Законные представители несовершеннолетнего пациента	Законные представители пациента, не способного по состоянию здоровья к принятию осознанного решения	Опекуны пациента, признанного в законном порядке недееспособным
Плановое сложное медицинское вмешательство	<b>Мероприятия этико-деонтологического характера</b>			
	<p>Предоставить полную информацию о состоянии здоровья пациента и планируемых лечебно-диагностических мероприятиях. Выяснить причины отказа, попытаться их устранить. Разъяснить в доступной форме пациенту либо лицам, представляющим его законные интересы, последствия отказа от медицинского вмешательства. Во время общения строго соблюдать нормы медицинской этики и деонтологии, учитывать личностные характеристики пациента или его законных представителей. Привлечь к обсуждению необходимости медицинского вмешательства лиц, которым пациент разрешил сообщать информацию, составляющую врачебную тайну. Допускается сообщение истинного диагноза неизлечимого или смертельно опасного заболевания, если иное вызвало отказ от медицинского вмешательства</p>			
Неотложное сложное	<b>Мероприятия организационно-правового характера</b>			
	<p>Письменно зафиксировать факт отказа с указанием причин, даты и сути разъяснительной беседы с пациентом или лицами, представляющими его законные интересы. Факт отказа подписывается пациентом или лицами, представляющими его законные интересы. Проинформировать о факте отказа администрацию организации здравоохранения, провести врачебный консилиум. Поставить пациента на диспансерный учет (в соответствии с регламентирующими нормативно-правовыми документами), определить дату повторного осмотра. Каждый последующий отказ оформлять в соответствии с вышеуказанными требованиями</p>			
<b>Мероприятия медицинского характера</b>				
<p>Четко обосновать в медицинской документации необходимость выполнения медицинского вмешательства. Проводить лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь (МЗ РБ), в пределах полученного на их выполнение согласия пациента или лиц, представляющих его законные интересы. Предложить альтернативные, разрешенные к применению МЗ РБ, лечебно-диагностические методы</p>				
<b>Мероприятия этико-деонтологического характера</b>				
См. плановое сложное вмешательство. + При угрожающих жизни состояниях пациент или его законные представители				

Сроки оказания медицинской помощи и сложность медицинского вмешательства	Юридический статус лица, заявившего отказ от медицинского вмешательства			
	Совершеннолетний дееспособный	Законные представители несовершеннолетнего пациента	Законные представители пациента, не способного по состоянию здоровья к принятию осознанного решения	Опекуны пациента, признанного в законном порядке недееспособным
медицинское вмешательство	предупреждаются о возможном смертельном исходе заболевания в случае отказа от необходимого медицинского вмешательства			
Неотложное сложное медицинское вмешательство	<p align="center"><b>Мероприятия организационно-правового характера</b></p> <p>См. плановое сложное вмешательство. + Указывать точное время отказа при каждом последующем осмотре пациента, в т. ч. получения согласия на медицинское вмешательство и начала его выполнения. При оказании медицинской помощи несовершеннолетним или недееспособным в случае реальной угрозы для их жизни и наличии отказа от выполнения вмешательства, заявленного лицами, представляющими их законные интересы, медицинская организация вправе обратиться в суд и получить по решению суда разрешение на выполнение медицинского вмешательства</p> <p align="center"><b>Мероприятия медицинского характера</b></p> <p>См. плановое медицинское вмешательство. + Проводить объективную оценку тяжести состояния пациента с использованием оценочных шкал (SAPS II, APACHE II и др.). В исключительных случаях, установленных МЗ РБ, в интересах пациента допускается применение научно обоснованных, но еще не разрешенных к применению в установленном законодательством Республики Беларусь порядке методов оказания медицинской помощи. Применение данных методов допускается только с письменного согласия пациента или лиц, представляющих его законные интересы. При их отсутствии или невозможности установить их местонахождение решение принимается врачебным консилиумом; при невозможности его проведения — лечащим врачом с оформлением записи в медицинской документации. Лечащий врач (врачебный консилиум), принявший решение и осуществивший данное медицинское вмешательство, при первой возможности должен уведомить об этом руководителя организации здравоохранения, а также законных представителей</p>			
Простое медицинское вмешательство	Отказ от простого медицинского вмешательства, заявленный пациентом или его законными представителями, оформляется записью в медицинской документации. При отказе от простого медицинского вмешательства, пациенту либо лицам, представляющим его законные интересы, лечащим врачом в доступной форме должны быть разъяснены вероятные последствия отказа. Если отказ от простого медицинского вмешательства исключает возможность выполнения сложного медицинского вмешательства, алгоритм действий лечащего врача должен соответствовать вышеописанным мероприятиям			

## Оглавление

Введение .....	3
Глава 1. Этика, деонтология и право в современной медицине: их взаимосвязь и роль в лечебно-диагностическом процессе .....	5
1.1. Этико-правовые аспекты оказания медицинской помощи: история и современное состояние.....	5
1.2. Модели коммуникаций в системе «врач–пациент»: проблема оптимального выбора.....	19
Глава 2. Проблемы реализации прав пациента при оказании хирургической помощи .....	26
2.1. Принцип информированного согласия пациента на медицинское вмешательство в хирургии .....	26
2.2. Информированное согласие в трансплантологии .....	40
2.3. Медико-правовые аспекты отказа пациента от медицинского вмешательства .....	45
2.4. Проблема конфиденциальности взаимоотношений в системе «медицинская организация–пациент».....	49
Глава 3. Неблагоприятные исходы и дефекты оказания хирургической помощи .....	56
Глава 4. Профессиональные медицинские правонарушения: ответственность, способы профилактики.....	69
Литература.....	86
Приложение 1. Этические рекомендации и правовые стандарты оформления согласия на медицинское вмешательство .....	93
Приложение 2. Этические рекомендации и медико-правовые стандарты оформления отказа от медицинского вмешательства.....	96

Учебное издание

**Чередниченко** Дмитрий Владимирович  
**Леонович** Сергей Иванович  
**Чередниченко** Оксана Васильевна  
**Кондратенко** Геннадий Георгиевич

**ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ  
И ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ  
ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Г. Г. Кондратенко  
В авторской редакции  
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 28.10.10. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 5,81. Уч.-изд. л. 5,97. Тираж 99 экз. Заказ 681.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.