

Брехова М.В.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Узловая Объединенная больница на ст. Самарканд, гл. врач Рашидов Н.В.

Сегодня можно признать аксиомой приоритетность и исключительную важность прав пациента, занимающих центральное место среди прав и свобод человека и гражданина и представляющих собой неотъемлемую составляющую успешного развития гражданского общества. Актуальность и значимость данных прав особенно четко осознает любой из нас, и, выступая в роли пациента, хочет быть уверенным, что наши права и законные интересы охраняются законом. Одним из основных прав пациента является право на информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство. Значимость данных прав все более четко осознает и медицинское сообщество. Однако даже в мировой практике эта проблема далеко не решена еще в полной мере, в Узбекистане она требует повышенного внимания, в том числе в связи с изменениями параметров социального обеспечения населения, проводимыми в настоящее время в нашей стране.

В основе права на ИДС - признание личной и физической неприкосновенности человека. Суть этого права заключается в том, что любое медицинское вмешательство в человеческий организм возможно только после получения от пациента согласия на это вмешательство. В противном случае, действия медицинского работника следует расценивать как насилие над личностью и причинение телесных повреждений. При этом под медицинским вмешательством понимается не только хирургические операции, медикаментозное лечение, а также клиничко-лабораторное обследования.

Поскольку пациент не является специалистом в области медицины, для принятия взвешенного решения и дачи согласия на медицинское вмешательство, либо прием фармацевтических препаратов или проведение различных диагностических процедур, ему необходима информация о сути вмешательства, его причинах, последствиях, рисках, возможных альтернативных методах лечения. Предоставить пациенту такую информацию может только профессионал - исполнитель медицинской услуги, врач, - на которого закон и возлагает обязанность информировать пациента.

Необходимо подчеркнуть, что согласие пациента на медицинское вмешательство означает лишь реализацию его права обладать информацией для принятия решения о вмешательстве, и вовсе не означает освобождение исполнителя медицинской услуги от ответственности за ненадлежащее ее оказание. Другими словами, если пациент согласился на вмешательство, это еще не означает, что лечебное учреждение с этого момента не несет ответственности за последствия лечения; в данном случае подлежат применению общие правила об ответственности за ненадлежащее лечение.

Следует заметить, что право пациента на участие в

принятии решения о медицинском вмешательстве существует сравнительно недавно - история его развития составляет около ста лет. Фактически правовая доктрина об ИДС начала формироваться в разных странах в начале прошлого века после принятия судебных решений, признававших право пациента на непосредственное участие в принятии медицинских решений. С этого времени право пациента на согласие на медицинское вмешательство стало не только этической, но и юридической категорией.

Требование о необходимости получения согласия пациента на медицинское вмешательство было сформулировано в XVIII столетии в Англии. В 1900 г. Министерство здравоохранения Германии обязало университетские клиники проводить все медицинские эксперименты с участием людей при обязательном получении от них письменного согласия и с разрешения начальника департамента здравоохранения Германии. Проведение медицинских исследований с привлечением не информированных пациентов было Запрещено.

Исторически понятие "информированное согласие" формируется в ходе работы 1-го Военного Трибунала США в Германии, который наряду с Приговором по делу "медиков" в 1947 году подготовил документ, получивший название "Нюрнбергский Кодекс". Нюрнбергский Кодекс стал первым международным "Сводом правил о проведении экспериментов на людях". В пункте первом данного Кодекса впервые используется понятие "добровольное согласие" лица, вовлеченного в медицинский эксперимент. Впоследствии это понятие начинает использоваться в практике судопроизводства США и связывается с определенным порядком судебных разбирательств дел о возмещении вреда причиненного небрежным лечением. В 50-60-х годах возникает сам термин *informed consent* и соответствующая ему практика признания обязанности врача сообщать пациенту о риске медицинского вмешательства, об альтернативных формах лечения, прежде чем он даст согласие на медицинское лечение. И если в 50-х годах информация носила профессиональный характер, то в 70-х годах для информации был введен "ориентированный на пациента" критерий (*patient-oriented*), согласно которому информация должна быть дана в общедоступной форме и включать три параметра: характеристику цели лечения, возможного риска и существующих альтернатив предлагаемому лечению. В судебной практике США информированное согласие и в настоящее время является пра

новым критерием того, осуществлялась ли врачом забота о пациенте и в какой степени.

В России история развития института ИДС складывалась следующим образом. Врачебный Устав, изданный в 1875 году и действовавший до революции, не предусматривал норм о согласии пациента. Декрет ВЦИК и СНК "О профессиональной работе и правах медицинских работников", принятый 1 декабря 1924 г. и являвшийся 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. Первого июля 1970 г. вступили в силу «Основы» законодательства 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.

В 1964 г. на 18 сессии Генеральной ассамблеи Всемирной медицинской ассоциации была принята Хельсинкская декларация, которая провозгласила необходимость получения от пациента добровольного информированного согласия перед выполнением хирургических медицинских вмешательств. Положения Хельсинкской декларации неоднократно пересматривались и дополнялись в 1973, 1983, 1989, 1996, 2002 годах. В соответствии со ст. 22 указанной декларации, при проведении медицинского исследования каждый его потенциальный участник должен быть в достаточной мере информирован:

- о целях научного исследования;
- об используемых методах;
- об источниках финансирования;
- о возможных конфликтах интересов организаторов и участников исследования;
- о связях с другими научными учреждениями;
- об ожидаемой пользе и возможных рисках, связанных с проведением исследования;
- о трудностях, с которыми участник может столкнуться в процессе проведения медицинского исследования.

Абзац первый статьи 32 «Основ» гласит: «необходимым условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина». Действительно, мудрый законодательный акт всегда отличался тем, что каждое слово несет в нем большую смысловую нагрузку. Давайте вместе с помощью «Словаря русского языка» С.И. Ожегова проанализируем каждое слово из цитируемого абзаца;

«необходимый» - таковой, без которого нельзя обойтись (обязательный, неизбежный);

«предварительный» - 1) предшествующий чему-нибудь, 2) бывающий только перед чем-нибудь;

«условие» - 1) требование, предъявляемое одной из сторон, 2) правило, установленное в какой-нибудь области деятельности;

«вмешательство» - участие в каком-нибудь деле с целью изменения его хода (например, хирургическое вмешательство);

«информированный» - 1) хорошо осведомленный о чем-нибудь, 2) сведения, осведомляющие о положении дел, о состоянии чего-нибудь;

«добровольное» - совершаемое по собственному желанию, не принудительное;

«согласие» - 1) разрешение, утвердительный ответ, 2) единомыслие;

Таким образом, медицинское вмешательство любого характера: диагностические мероприятия (рентген, УЗИ и т.п.), анализы (взятие крови из вены и т.п.), лечебные мероприятия, а тем более хирургическое вмешательство, применение сложных методов лечения и диагностики ни при каких условиях не могут быть выполнены без получения информированного добровольного согласия пациента достигшего 15-летнего возраста и находящегося в таком физическом и психическом состоянии, которое позволяет ему адекватно оценивать обстановку, отдавать отчет в своих действиях и выразить свою волю.

В сентябре 1992 года 44-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, проходившей в городе Марбэлла (Испания), было принято специальное обращение к Национальным медицинским ассоциациям стран, членов Всемирной Организации Здравоохранения, посвященное вопросам просветительской работы врачей с пациентами. В нем было указано на целесообразность развития различных форм деятельности, направленных на обеспечение паритетных отношений между врачом и пациентом. Была отмечена настоятельная необходимость создания просветительских программ, информирующих широкие слои населения о риске, связанном с современными методами лечения. Было обращено внимание на необходимость развития медицинских образовательных программ, раскрывающих суть осознанного информированного согласия, и обучающих методикам его получения.

Из других международных документов, касающихся этой проблемы, следует упомянуть о Конвенции о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с использованием достижений биологии и медицины (Овьедо, Испания, 1997 г.). Согласно положениям этой Конвенции, вмешательство в сферу здоровья может осуществляться только после того, как лицо, подвергающееся такому вмешательству, даст на то свободное, осознанное согласие, основанное на информированности.

Сегодня закон требует, чтобы перед каждым введением любого препарата пациенту медицинский работник не только проинформировал его о том, что

конкретно он планирует сделать, но и получил на это согласие. Согласие пациента должно быть получено не вообще на все обследование и лечение (как нередко сегодня в приемном покое получают согласие на любые вмешательства в предстоящий период пребывания в стационаре), а на каждую процедуру. Но кроме обеспечения элементарной безопасности человека в сфере медицинских вмешательств, реализация пациентом своего права на ИДС призвана решать еще ряд других задач, непосредственно связанных с поиском и получением качественной медицинской помощи.

Право на информированное добровольное согласие гражданина на медицинское вмешательство гарантировано в ст. 26 Закона Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан»

Статья 26. Согласие на медицинское вмешательство

Необходимые предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

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

Согласие в отношении лиц, не достигших возраста четырнадцати лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии родителей или иных законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей

Из определения медицинского вмешательства (это любое обследование, лечение или иное действие, имеющее профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или исследовательскую направленность, выполняемое врачом или иным медицинским работником по отношению к конкретному пациенту) следует, что любое действие в отношении человеческого организма, способное вызвать изменения его функционирования (как в положительную, так и в отрицательную для здоровья сторону), должно осуществляться медицинскими работниками лишь после получения ИДС пациента. Известно, что любое медицинское вмешательство, на первый взгляд, достаточно безобидное для одного пациента, для другого (без учета его индивидуальных особенностей) может быть опасным.

Классический пример — аллергические реакции. В

связи с тем, что вмешательство в организм является видом нарушения неприкосновенности личности, нарушением, потенциально способным значительно изменить (в любую сторону) параметры внутренней безопасности человека оно может осуществляться только после его информированного осознанного и добровольного на то разрешения.

Вот пять составляющих, которые должны обязательно присутствовать в каждом случае осуществления пациентом своего права:

1. получение такого согласия пациента является **НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ** медицинского вмешательства (то есть, без ИДС — не может быть вмешательства);

2. получение ИДС касается **ЛЮБОГО** медицинского вмешательства (инъекция, назначение таблетированного препарата, рентгенологическое обследование, велоэргометрия, катетеризация, пункция, наркоз, операция, сеанс психотерапии или гипноза и т. д.);

3. согласие должно быть **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫМ** (то есть должно быть получено до начала медицинского вмешательства);

4. согласие пациента должно быть не простым, а **ИНФОРМИРОВАННЫМ**:

5. Согласие пациента должно быть **ДОБРОВОЛЬНЫМ**;

Несоблюдение медработником хотя бы одной из перечисленных пяти обязательных составляющих ИДС дает основания считать, что требования законодательства нарушены, право пациента не соблюдено.

Согласие пациента должно быть информированным - каждый пациент имеет право получить информацию о состоянии своего здоровья, включая:

- сведения о результатах обследования;
- сведения о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе;
- информацию о целях и методах предполагаемого вмешательства;
- информацию об альтернативных (известных и возможных других) видах вмешательств и их результатах;
- информацию о продолжительности рекомендуемого лечения;
- информацию о болевых ощущениях от данного вмешательства;
- информацию о возможном риске, известных побочных эффектах вмешательства;
- информацию об ожидаемых результатах вмешательства;
- информацию о медико-социальных, психоло-

других возможных последствиях вмешательства.

Предоставляемая пациенту информация должна быть полной и всесторонней. Все это требует от специалиста не только ответственного отношения к данной процедуре, времени и желания, но, что столь же существенно, высокого уровня профессиональной подготовки. В первую очередь, всесторонние и полные сведения обо всех видах вмешательств, возможных при современном уровне развития медицинской науки, должен иметь врач. Соответственно, чем более высокий уровень профессиональной подготовки и медицинского кругозора у врача, тем более качественную информацию пациенту он способен предоставить. Велика и роль личности пациента — чем более активную и заинтересованную позицию в отношении своего здоровья он занимает, чем больше конкретных вопросов задает врачу, тем более полную информацию по проблеме собственного здоровья он имеет возможность получить. Хорошо подготовленный специалист обязательно ответит пациенту на его вопросы, причем использует конкретные цифры и факты, например следующим образом: «...чувствительность (точность) данного метода диагностики при вашем заболевании составляет ... процентов»; «...вероятность полного выздоровления после предложенного вмешательства составляет ... процентов»; «...вероятность осложнений при данном вмешательстве у лиц вашего возраста не более... процентов»; «...пациенты с вашим заболеванием в ... процентах нуждаются в постоянном приеме лекарств»; «...в ... процентах случаев прием этого препарата может вызвать...»; «...предлагаемый вам метод лечения более болезненный, но, в отличие от других, в ... процентов случаев дает полное восстановление функции»; «...средняя продолжительность периода нетрудоспособности, предполагаемого при лечении данного заболевания, составляет... дней» и т. д.

Пациент должен учитывать, что на большинство его достаточно простых вопросов современная медицинская наука уже имеет ответы, причем большинство этих ответов известны в точном количественном выражении. Проблема заключается лишь в том, знает ли эти ответы выбранный пациентом лечащий врач, а это уже определяется квалификацией последнего. Именно полученные целенаправленными исследованиями точные статистические данные позволяют и врачу, и пациенту принимать решения более взвешенно. Ежегодно в мире выходят сотни тысяч научных статей в области медицины. Современные поисковые системы Интернета позволяют врачу (и пациенту) в любом уголке мира в течение нескольких минут получить бесплатные рефераты статей по интересующей проблеме и дать аргументированные ответы практически на любой вопрос.

Сегодня в мире стиль грамотного пациента становится повседневной реальностью, которая, правда, делает жизнь врачей более беспокойной. Активно чи-

тельности жизни пациенты, являются интересными и эффективными партнерами своих врачей в совместном деле излечения.

Готовясь к разговору с врачом, пациенту стоит сформулировать и записать несколько вопросов относительно предлагаемого ему медицинского вмешательства. Можно использовать легко запоминаемую «римскую семерку» — что, где, когда, кто, как, чем, зачем?

Например, врачу при обсуждении любого медицинского вмешательства, можно задать следующие вопросы.

Что произошло со мной (с пациентом), что планируется, что принято в подобных случаях делать?

Где будет производиться вмешательство, где и с какими результатами его лучше всего можно осуществить?

Когда (в какие сроки, насколько срочно) необходимо произвести вмешательство?

Кто будет его осуществлять (квалификация врача), кто из специалистов имеет наибольший опыт и наилучшие результаты в использовании этого вмешательства?

Как будет осуществляться вмешательство, как должно оно производиться в соответствии с достижениями современной науки?

Чем отличается данное вмешательство от других видов вмешательств, используемых в подобных случаях? Чем пациент рискует при данном виде вмешательства?

Зачем оно необходимо (планируемые положительные результаты и последствия)?

Согласие пациента должно быть добровольным - согласие пациента должно быть не только необходимым, предварительным, информированным, но и добровольным. Принятие того или иного решения в сфере здоровья конкретного человека может существенно изменить его жизнь, личную судьбу, будущее его семьи. Именно по этой причине справедливым является предоставление права принятия подобных решений самому человеку, ибо с последствиями сделанного выбора придется иметь дело в первую очередь ему. Осмысление пациентом всей полученной от врача информации должно завершиться актом личного волеизъявления — выбором варианта действий его врача в данной ситуации. Ключевым моментом является то, что решение о согласии (или о несогласии) на вмешательство должно быть принято самим пациентом. Слово «добровольное» подчеркивает, что данное решение не может быть результатом внешнего принуждения или результатом чьего-либо (даже врача) активного убеждения в необходимости определенного направления действий. Иными словами, оно не должно быть результатом активного воздействия воли дру-

Итого человека, но должно быть только результатом личного выбора, основанного на полной информации о ситуации.

Определение грани, за которой человек уже не способен к целенаправленной волевой деятельности (в данном случае к самостоятельному принятию решений), — задача профессионалов-медиков. Законодательство же сформулировало два правила.

Первое (общее) — решение о согласии на вмешательство должен принимать сам пациент (либо назначенный им представитель). Ему должна быть предоставлена полная и всесторонняя информация о ситуации, должно быть дано время для принятия решения, должно быть исключено психологическое давление в этом вопросе с любой стороны.

Второе — ситуации, принятия решения кем-либо вместо пациента (представителя) являются исключениями, специально оговоренными в статье 26 «Об охране здоровья граждан», которая установила, что «...в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения». Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

Пациент должен учитывать, что на практике существует ряд факторов, которые могут препятствовать реализации его права на ИДС. К их числу относятся ситуации, когда:

- медработник не знает о существовании такого права пациента и о своей обязанности ПОЛУЧИТЬ его ИДС;
- медработник информирован о данном праве, но не знает (либо не соблюдает) всех его пяти компонентов;
- медработник не обладает полными сведениями о предстоящем вмешательстве и о его альтернативах, достаточными для того, чтобы предоставить пациенту весь объем необходимой информации;
- медработник не располагает временем (или желанием) для обеспечения качественной процедуры получения ИДС пациента;
- медработник, исходя из соображений «чести мундира» (или из ложно понятой задачи оградить пациента от отрицательных эмоций), дает одностороннюю информацию о возможностях учреждения (специалиста),

но не информирует пациента о том, что данное вмешательство в другом месте (платно или бесплатно) ему могут произвести либо другими (более эффективными) методами, либо такими же методами, но более квалифицированно.

Применительно к институту информированного согласия пациента на медицинское вмешательство следует рассмотреть различные модели взаимоотношения врача и пациента.

В нашей стране длительное время получение согласия на медицинское вмешательство со стороны пациента не носило юридического смысла и на практике применялось редко. Обычно сам факт обращения гражданина в лечебно-профилактическое учреждение свидетельствовал о его согласии на тот или иной метод лечения. Речь шла о доверии к врачу как к специалисту'. Во многом такая тенденция существует и в настоящее время, многие пациенты не стремятся использовать предоставленное им право на получение информации, а полагаются на знания, умения, навыки и профессионализм врача. Такая модель взаимоотношений врача и пациента носит название патерналистской. Врач решает, как лечить пациента, и даже если пациент не согласен с предлагаемыми врачом процедурами, его мнение не столь важно, поскольку он не специалист в области медицины; впоследствии он поймет правильность принятого врачом решения.

Информационная модель отводит пациенту активную роль: врач обязан предоставить пациенту все существенные сведения, касающиеся заболевания, а пациент, руководствуясь полученной информацией, самостоятельно осуществляет выбор лечения, которому врач должен последовать.

Интерпретационная модель также предполагает обязанность врача, как можно более полно информировать пациента о состоянии его здоровья, вариантах лечения, достоинствах и недостатках. Однако здесь врач играет более активную роль, нежели в информационной модели, не навязывая пациенту своей точки зрения, но прилагая все усилия, чтобы выбор пал на разумное лечение. Врач в данной модели является советчиком, разъясняющим, почему именно это, а не какое-либо иное медицинское вмешательство наиболее полно соответствует интересам пациента.

С интерпретационной моделью схожа модель сотрудничества, в соответствии с которой врач вовлекает пациента в диалог, разъясняет ему все возможные варианты лечения и рекомендует один из них, являющийся, по мнению специалиста, наиболее подходящим. Концепция автономии больного заключается в том, что он имеет возможность выбора метода лечения на основе детального обсуждения с врачом всех альтернативных вариантов и определения оптимального.

В зарубежной медицинской практике сложились два различных подхода информирования пациента:

Доктороцентристский подход, когда содержание и

достаточность предоставляемых больному сведений определяется в зависимости от того, что обычно делается врачами в аналогичных случаях. Если врач следовал этому стандарту, он считался выполнившим свои обязательства по информированию. Для потенциального истца (пациента) это вызывало две проблемы: во-первых, вопрос о сущности разъяснений оставался полностью в компетенции медиков, а истинная потребность пациента в информации, по сути, игнорировалась. Во-вторых, для истца в таком случае существовала проблема по привлечению врача-эксперта для оспаривания этого мнения.

Пациентоцентристский подход, согласно которому под надлежащим информированием должно пониматься все то, что разумный пациент захотел бы знать о предлагаемом лечении, его риске, последствиях и др. перед тем, как принять решение. В данном случае на врача ложилась обязанность сообщить пациенту все, что может иметь для него существенное значение.

Согласие на медицинское вмешательство может быть в любой момент отозвано, за исключением случаев, когда врачи уже приступили к медицинскому вмешательству и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни либо здоровья пациента. Отзыв согласия оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо его законными представителями. Об этом говорится в ст. 27 Закона Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан».

Статья 27. Отказ от медицинского вмешательства

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 28 настоящего Закона. При этом врач вправе взять письменное подтверждение, а при невозможности получения - засвидетельствовать отказ соответствующим актам в присутствии свидетелей.

Если отказ дает законный представитель пациента и он может иметь для пациента тяжелые последствия, врач должен уведомить об этом органы опеки и попечительства.

Пациент либо его представители имеют право отказаться от госпитализации, медицинского вмешательства или потребовать их прекращения. В таком случае в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа.

В ряде случаев могут существовать причины, влияющие на добровольность информированного согласия:

- принуждение к согласию путем угрозы;
- психологическое давление, оказываемое со стороны родственников, иных лиц;
- служебная зависимость;
- давление со стороны медицинского персонала,

запугивающего возможностью отказа в проведении данного медицинского вмешательства в дальнейшем.

Отказ от медицинского вмешательства, а также от госпитализации с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом либо его представителями, а также медицинским работником.

Признание автономии пациента, права отказываться от лечения подразумевает, и признание за ним права распоряжаться своей жизнью, отказываться от мер, направленных на поддержание жизни. Американское право, например, признает юридическую силу за «прижизненным завещанием», в котором лицо высказывает пожелания о своем лечении на тот случай, если, находясь впоследствии в тяжелом состоянии, оно будет неспособно выразить свою волю. Прижизненным оно называется потому, что, в отличие от обычного завещания, приобретает юридическую силу до наступления смерти составителя. Как правило, в прижизненном завещании сообщается о нежелании пациента подвергаться медицинским процедурам, направленным на продление жизни в случае, если его состояние будет признано безнадежным, а возвращение к сознательной жизни - невозможным. Кроме того, в некоторых штатах США за пациентом признается право с помощью заранее составленной доверенности уполномочить любое дееспособное лицо принимать решения, касающиеся его лечения, в случае, если он окажется не в состоянии сделать это самостоятельно. Таким образом, американским законодательством и судебной практикой создан механизм осуществления пассивной эвтаназии - прекращения жизни пациента по его просьбе и в его интересах путем отказа от применения мер по искусственному поддержанию жизни.

В ряде случаев может быть ограничение принципа добровольности при оказании медицинской помощи. Об этом говорится в ст. 28 Закона Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан».

Статья 28. Оказание медицинской помощи без согласия граждан

*Оказание
ское
освидетельствование,
ция, наблюдение и изоляция) лицам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, без согласия граждан или их законных представителей допускается на основаниях и в порядке, установленных законодательством.*

При оказании медицинской помощи существует ряд случаев, когда предоставление информированного добровольного согласия пациента не обязательно. Вы-

деляют следующие варианты ограничения действия принципа добровольности при медицинском вмешательстве:

- 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.

Первый случай относится к ситуациям, когда обследование и лечение пациента носит обязательный характер для предупреждения и ликвидации опасных инфекционных или неинфекционных заболеваний (отравлений). Еще одним вариантом относительно добровольных мер медицинского характера являются обязательные медицинские осмотры (касаются работников отдельных профессий, производств и организаций). В эту группу также следует отнести иммунопрофилактику и проведение медицинского освидетельствования водителя на состояние опьянения. Так, отсутствие профилактических прививок влечет за собой ряд ограничений: запрет на выезд в некоторые страны; временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с риском заболевания и распространения инфекционных заболеваний. Таким образом, законодатель, преследуя цель защиты общественных интересов, создает ряд ограничений, вынуждающих граждан к участию в медицинских мероприятиях.

Во втором случае оказание медицинской помощи без согласия пациента или его законного представителя *iDofyor axborotnomasi, Samarkand* ля допускается в

отношении лиц, страдающих тяжёлыми психическими расстройствами или заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Принудительные меры медицинского характера могут быть назначены судом без согласия лица или его законного представителя при совершении этим лицом общественно опасного деяния и наличии у него расстройства психики. Субъектами принудительного лечения, осуществляемого без добровольного согласия на медицинское вмешательство, являются следующие категории лиц: невменяемые лица; вменяемые лица, у которых психическое расстройство наступило после совершения преступления: ограниченно вменяемые лица; лица, страдающие алкоголизмом и наркоманией. Принудительные меры медицинского характера нельзя рассматривать исключительно как медицинские вмешательства. Это особая медикоправовая форма государственного принуждения, содержание которой заключается в принудительном лечении лиц, совершивших преступления и нуждающихся по своему психическому состоянию в изоляции от общества и принудительном психиатрическом лечении.

Таким образом, к основным принципам ИДС относятся следующие:

- информированное согласие - это право пациента и обязанность медицинского работника, осуществляющего медицинское вмешательство;
- информированное согласие необходимо получать на любой вариант медицинского вмешательства, начиная от измерения артериального давления и заканчивая сложной хирургической операцией;
- получение информированного согласия свидетельствует об уважении прав и законных интересов пациента;
- информированное согласие обуславливает активное участие самого больного в процессе лечения;
- благодаря информированному согласию повышается степень ответственности врача при оказании медицинской помощи.

Литература

1. Акопов В.И. Медицинское право: книга для врачей, юристов и пациентов. - М.: ИКЦ «МарТ»; Ростов На Дону, 2004 г.
2. Афанасьева Е.Г. Современное медицинское право в России и за рубежом: сб. науч. тр. - М.: ИНИОН, 2003 г.
3. Бердический Ф.Ю. Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. М. 1970 г.
4. Васильева Е.Е. Институт добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство в российском и американском праве// Журнал российского права М., № 9, 2004 г.
5. Громов А.П. Закон на страже здоровья. - М.: Знание, 1976 г.
6. Ерофеев С.В., Ерофеева И.С. // Медицинское право. - 2006 г. - №3 (15).
7. Закон Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан», от 29 августа 1996 г.
8. Малеина М.Н. Человек и медицина в современном праве. М. 1995 г.
9. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г.
10. Пищита А.Н. Согласие на медицинское вмешательство. Медикоправовой анализ. Юридические стандарты. Практика реализации. - М.: Центральная клиническая больница РАН, 2006 г.
11. Савицкая А.Н. Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов. 1982 г.
12. Стеценко С.Г. Медицинское право: учебник. - СПб.: Юридический центр Пресс. 2004 г.