



**Светлана Александровна Саверская
Евгений Леонидович Никонов
Александр Владимирович Саверский
Как безопасно родить в России**

Текст предоставлен правообладателем.

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=179874

*А. В. Саверский, С. А. Саверская, Е. Л. Никонов Как безопасно родить в России: Эксмо; Москва;
2009*

ISBN 978-5-699-34236-5

Аннотация

Этот справочник необходим каждой семье, ожидающей прибавления. Вы узнаете то, о чем не расскажут вам врачи, о чем молчат работники роддомов и юристы женских консультаций.

Часто будущих мам пугают данными анализов и исследований. Какие опасности на самом деле могут ожидать при наблюдении, какую медицинскую помощь должны оказывать по родовому сертификату и как распознать навязывание платных медицинских услуг, сверхдорогих препаратов и БАДов.

Очень важно правильно выбрать роддом. Принять взвешенное решение вам поможет рейтинг российских роддомов (кроме Москвы). Полезно будет узнать, как выбирают метод родоразрешения и когда женщина может не согласиться с врачом и настоять на своем решении.

Если же вам несвоевременно или некачественно оказали медицинскую помощь либо вовсе в ней отказали, вам не нужно искать способы воздействия на медиков – они вам уже даны. Вы можете воспользоваться ими немедленно: в конце справочника даны образцы составления юридических документов, необходимых для таких случаев.

Содержание

Предисловие	4
Глава 1	7
1.1. О чем говорят данные анализов и исследований	8
1.2. Какие опасности могут ожидать беременную в женской консультации	12
1.2.1. Назначение биологически активных добавок	12
1.2.2. Диагностические ошибки	13
1.2.3. Несвоевременность или отсутствие госпитализации	15
1.2.4. Отсутствие преемственности между женской консультацией и родильным домом	16
1.2.5. Медицинская помощь беременным, оказываемая бесплатно	16
1.2.6. Требование оплаты медицинских услуг от беременных и рожениц	18
Глава 2	22
2.1. Как правильно выбрать роддом	22
2.1.1. Показатели деятельности родильных домов	22
2.1.2. Специализация родильного дома (отделения)	26
2.1.3. Оснащенность роддома оборудованием, лекарственными средствами	27
2.1.4. Квалификация медперсонала	27
2.1.5. Условия родов и пребывания в роддоме	27
2.1.6. Соблюдение норм нормативных правовых актов	31
Конец ознакомительного фрагмента.	34

А. В. Саверский, С. А. Саверская, Е. Л. Никонов Как безопасно родить в России

Предисловие

На врача надейся, а сам не плошай!

Беременность – время ожидания, оно всегда сопряжено для супружеской пары и с сопутствующими страхами, и с надеждой, что все закончится появлением на свет любимого и долгожданного ребенка живым и здоровым.

Чтобы ваши надежды оправдались, недостаточно регулярно посещать врача в женской консультации. Врач в процессе беременности и родов должен быть вашим союзником и партнером, но золотое правило – «доверяй, но проверяй» – в данном случае вполне применимо, поскольку в собственном здоровье и здоровье вашего ребенка заинтересованы, прежде всего, вы сами.

Поэтому читайте книги о беременности, узнавайте о своих правах на получение медицинской помощи и, конечно, разговаривайте со своим врачом! Не бойтесь задавать вопросы, просите рассказать вам о том, как протекает ваша беременность, все ли в порядке с ребенком, каков план предстоящих родов. Хороший врач расскажет вам все, покажет и прокомментирует ваши карты и анализы.

Как бы цинично это ни звучало, главное, что вы должны понять, решив стать мамой, – что жизнь и здоровье вашего будущего малыша интересуют, по большому счету, **только вас** и ваших близких. Врач, выполняющий свои должностные обязанности, не будет заботиться о вашем ребенке так, как вы. Конечно, есть замечательные врачи, и низкий им поклон. И вы, разумеется, надеетесь, что именно вам так повезет с врачом, что он будет для вас как родная мама. Но стоит ли рассчитывать на это всерьез? Ведь может и не повезти, и что тогда?

Психика женщин существенно меняется во время беременности, становится более зависимой, уязвимой и, конечно, сочетание безоговорочного доверия врачу со страхом перед ним вполне объяснимо. Врач представляется божеством, которое может как наказать, так и одарить.

У врача действительно есть неписаное право распоряжаться жизнью и здоровьем человека. Можно спорить о природе этого права – от бога оно или доверено вами, – но наличие этого права порождает у пациента ощущение зависимости и страха перед врачом.

Врач – бог?

Пожалуй, это вам только лишь кажется. У врача есть то право, которое ему дали (доверили) вы и закон, то есть право, полученное в силу профессии и должностного положения, а это, поверьте, не так уж и много. Обязанностей у врача все же больше, чем прав, и они более конкретны. По крайней мере, применять неразрешенный к применению в РФ лекарственный препарат или делать против вашей воли инъекцию чего бы то ни было он не вправе.

Врач обязан действовать в соответствии с требованиями законов, приказов Минздрава, общепринятых в медицинской науке и практике достижений или условиями договора – ни на что другое он права не имеет.

К сожалению, распространен страх того, что, если вы будете требовать чего-то от врача, он может сделать вам хуже. Как правило, это лишь страхи. Корректный вопрос никому

не дает повода хамить, а если это случилось – поищите другого врача, если, конечно, для этого есть возможность. По наглей статистике, 90% конфликтных ситуаций возникает из-за неумения врача разговаривать с пациентом. Но и пациент должен уметь задать вопрос так, чтобы не обидеть врача, не дать ему повода заподозрить, что вы сомневаетесь в его квалификации. При всех возможных проблемах, если вам что-то неясно, просите разъяснений, иначе может быть поздно.

Абсолютное доверие врачу (то есть доверие безоговорочное, без вопросов и сомнений) не оправдано, поскольку:

1) врач может оказаться не компетентен в нужном вопросе или занят на данный момент времени чем-то более для него «важным», чем ваши проблемы;

2) он может не захотеть брать на себя ответственность за принятие важного решения, и это его право в случае обоснованных сомнений в диагнозе, прогнозе или ситуации, и тогда решение принимать нужно вам, поскольку именно вы несете основную долю ответственности за вашу жизнь и жизнь вашего ребенка.

Вы способны принять решение?

Задача авторов данной книги – помочь вам пройти непростой период беременности и родов благополучно, научить вас видеть и отстаивать свои права в акушерстве. То, что вы прочитаете, ни в коем случае не ставит своей задачей напугать вас или создать мнение, что в России в акушерстве все очень плохо и рожать у нас страшно. Но «хочешь мира – готовься к войне». Вы должны знать, какие неприятные ситуации могут возникнуть и как их избежать или решить. И если возникнет какая-то ситуация – решать ее спокойно, обдуманно и ИНФОРМИРОВАННО. При этом, несомненно, вы должны быть абсолютно уверены, что у вас все будет хорошо, уверены осознанно!

В целом дух этой книги шире, чем конкретная проблема беременности и родов. Здесь скорее речь о том, что знание своих прав, умение их отстаивать может стоить жизни вам и вашему малышу!

- как можно больше знать о состоянии вашего здоровья и здоровья вашего ребенка путем изучения вашей медицинской документации, получения разъяснений наблюдающего вас врача, при необходимости обращаться за консультацией к другим специалистам;

- готовиться к родам: изучать литературу, посещать школы для беременных;

- заранее выбрать себе помощника из ваших родственников, который вместе с вами будет готовиться к вашим родам, возможно, присутствовать при них и сможет помочь вам в сложной ситуации;

- заранее осознанно и ответственно совместно с врачом принять решение о методе родовспоможения (оговорить план ведения родов), несущем наименьший риск для вас и малыша;

- в случае возникновения осложнения со здоровьем у вас или ребенка (на любом этапе) незамедлительно просить разъяснений у лечащего врача относительно причин возникновения осложнения, его опасности, предполагаемых методов лечения; информировать об этом своих близких и просить их проконтролировать ситуацию, получить информацию, подтверждающую мнение вашего врача, из независимых источников, например проконсультироваться у другого специалиста вне данного медучреждения, попросить родных поискать информацию в Интернете. И помните, в ряде случаев время является решающим фактором, поэтому делать все необходимо максимально быстро;

- после родов как можно больше находиться со своим ребенком. Если вам после родов очень плохо и вы не способны дойти до своего малыша, попросите кого-то принести вам его. Если же у малыша проблемы и его долго не привозят, просите отвезти вас на каталке, идите с чьей-то помощью. Любой ценой вы должны быть рядом! Это поможет и вам, и ему!

Да будут ваши роды легкими, а ваша жизнь с малышом счастливой!

Глава 1

Наблюдение за беременной в женской консультации

Здоровая беременность продолжается в среднем 280 дней (40 недель). Дату предполагаемых родов можно посчитать, если от даты первого дня последней менструации отсчитать назад 3 месяца и прибавить затем 7 дней. Так, если первый день последней менструации 4 сентября, то, вычитая 3 месяца назад (август, июль, июнь), мы получим 4 июня, прибавим 7 дней и получим предполагаемую дату родов – 11 июня.

При постановке на учет в женскую консультацию врач проводит первичный опрос женщины, выясняя условия ее труда и быта, наследственные факторы и перенесенные заболевания, количество беременностей, родов и аборт. Помните, что сокрытие информации может создать угрозу для вас и вашего ребенка и вопросы о перенесенных вами заболеваниях (в том числе в детском возрасте) врач задает не из простого любопытства. Например, перенесенный в детстве рахит или травма тазобедренного сустава могут привести к деформации таза; перенесенная красная волчанка может вызвать тромбоцитопению у ребенка; заболевания почек могут негативно сказаться на течении беременности и т.д.

Тщательно собранная информация о перенесенных и имеющихся заболеваниях позволит врачу грамотно провести профилактику возможных осложнений и составить план ведения беременности родов с учетом имеющихся данных. На основании данных обследования и лабораторных анализов определяются факторы риска неблагоприятного исхода беременности. В соответствии с приказом Минздрава России № 50 от 10.02.2003 г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» все беременные, отнесенные к группе риска, должны быть осмотрены главным врачом (заведующим) женской консультации, а по показаниям – направлены на консультацию к соответствующим специалистам для решения вопроса о возможности протектирования беременности или ее прерывания.

Врач должен проводить плановые и, в случае необходимости, дополнительные обследования. Так, при первичном осмотре измеряют рост, вес, артериальное давление, размеры таза, размеры окружности живота, высоту стояния дна матки; при повторных осмотрах обязательно контроль прибавки веса, сердцебиений плода. Всегда спрашивайте о результатах проведенных измерений и исследований. В женских консультациях врачи часто измеряют некоторые параметры, например размеры таза, «на глазок», говоря при этом, что и без измерения видно, что таз нормальный. По правилам же размеры таза измеряют специальным прибором – тазомером. Размеры таза могут существенно повлиять на план ведения родов (таз может быть деформирован), поэтому настаивайте на точном измерении врачом размеров вашего таза.

В соответствии с тем же приказом Минздрава России при физиологическом течении беременности врач акушер-гинеколог за все время беременности обязан осмотреть женщину не менее 10 раз. После первого осмотра – явка через 7–10 дней с анализами, заключением терапевта и других специалистов (см. ниже); в дальнейшем, до 28-й недели беременности, – 1 раз в месяц и после 28-й недели – 2 раза в месяц. Частота осмотров врачом может быть уменьшена до 6–8 раз, если за беременной каждые 2 недели, а после 37-й недели – каждые 7–10 дней – наблюдает акушерка. При выявлении патологии частота посещений врача акушера-гинеколога возрастает. Беременную также осматривают врачи: стоматолог, окулист, отоларинголог и по показаниям – другие специалисты.

1.1. О чем говорят данные анализов и исследований

А. Рост, вес и телосложение

Например, при росте ниже 150 см и (или) деформации позвоночника и (или) нижних суставов может иметься сужение таза.

Прибавка в весе за всю беременность в среднем должна составлять 10–12 кг.

Б. Размеры таза

Как минимум должны быть измерены четыре размера таза:

distantia spinarum (обычно составляет 25–26 см);

distantia cristarum (обычно составляет 28–29 см);

distantia trochanterica (обычно составляет 31–32 см);

conjugata externa, или наружная конъюгата (обычно составляет 20–21 см).

Таз считается узким, если хотя бы один из указанных размеров меньше нормы на 1,5–2 см и более. Размеры наружной конъюгаты имеют особенно важное значение, поскольку по ним можно определить размер истинной конъюгаты: для ее расчета из длины наружной конъюгаты вычитают 9 см. Если же истинная конъюгата менее 11 см, таз считается суженным.

Необходимо знать, что при сужении таза имеется серьезная опасность того, что в процессе родов ребенок не сможет пройти через родовые пути матери, особенно в том случае, если плод крупный. Поэтому вы заранее должны быть информированы об этой опасности и совместно с врачом решить вопрос о необходимости планового проведения операции «кесарево сечение». К сожалению, иногда возникает ситуация, когда врач женской консультации говорит о необходимости проведения «кесарева сечения», а при поступлении в роддом вам заявляют: «Все будет в порядке, будешь рожать сама». В такой ситуации врачу роддома необходимо разъяснить мнение врача женской консультации и попросить его провести дополнительные исследования для уточнения диагноза. Так, для уточнения размеров таза может проводиться рентгенопельвиометрия (исследование размеров таза, его конфигурации и положения головки плода с использованием рентгеновского излучения). Если в родильном доме нет возможностей для проведения дополнительных исследований, вас должны направить в другой стационар.

В. Артериальное давление

Повышение АД выше 135/85 мм ртутного столба в сочетании с отеками и протеинурией (наличием белка в моче) может указывать на развитие гестоза беременных – тяжелого токсикоза беременных, развивающегося на относительно поздних ее этапах (обычно после 20 недель).

Г. Исследования на врожденные пороки

Согласно приказу Минздрава России № 457 от 28.12.2000 г. «О пренатальной диагностике наследственных и врожденных заболеваний» при сроке беременности 16–20 недель у всех женщин осуществляется забор проб крови для выяснения у них уровней не менее двух сывороточных маркеров: альфа-фетопротеина (АФП) и хорионического гонадотропина человеческого (ХГЧ).

Повышенное содержание в крови матери альфа-фетопротеина (гормона, вырабатываемого плодом) может свидетельствовать о патологии спинного мозга плода. Слишком низкое количество этого гормона может указывать на наличие у плода синдрома Дауна или другого хромосомного дефекта.

Повышенный уровень хорионического гонадотропина человеческого в крови беременной женщины указывает на риск рождения ребенка с синдромом Дауна.

Однако эти исследования не являются окончательными, необходимы дополнительные обследования для подтверждения предполагаемого диагноза.

Для диагностики конкретных форм поражения плода, оценки тяжести болезни и прогноза состояния здоровья ребенка, а также решения вопросов о прерывании беременности в случаях тяжелого, не поддающегося лечению заболевания плода женщин направляют в региональные (межрегиональные) медико-генетические консультации (МГК). Кроме того, туда направляют беременных женщин, у которых в процессе ультразвукового скрининга выявлено увеличение (в сроке 10–14 недель) толщины воротникового пространства плода до 3 мм и более, наличие у плода какого-либо врожденного порока развития (ВПР), наличие эхо графических маркеров хромосомных и других наследственных болезней, выявлено аномальное количество околоплодных вод и другие случаи поражения плода, а также беременные женщины с отклонениями в уровне сывороточных маркеров крови, угрожаемые по рождению детей с наследственной болезнью или ВПР, в возрасте от 35 лет и старше, имеющие в анамнезе рождение ребенка с ВПР, хромосомной или моногенной болезнью, с установленным семейным носительством хромосомной аномалии или генной мутации.

Беременная женщина должна поступать на второй уровень обследования с выпиской из медицинской карты и результатами проведенного ультразвукового и биохимического скринингов.

Комплексное обследование должно включать тщательное ультразвуковое исследование плода, при необходимости доплерографию и цветное доплеровское картирование, кардиотокографию с анатомическим анализом результатов (по показаниям); инвазивную диагностику (аспирация ворсин хориона, плацентоцентез, амниоцентез, кордоцентез) с последующим доступным генетическим анализом клеток плода (по показаниям) и др.

Д. Ультразвуковое исследование

«Обследование беременных женщин включает обязательное трехкратное скрининговое ультразвуковое исследование: при сроке 10–14 недель беременности, когда оценивают главным образом толщину воротникового пространства плода; при сроке 20–24 недели ультразвуковое исследование выявляет пороки развития и наличие эхо графических маркеров хромосомных болезней; ультразвуковое исследование при сроке 32–34 недели беременности проводится в целях выявления пороков развития с поздним их проявлением, а также в целях функциональной оценки состояния плода»¹.

Ультразвуковое исследование позволяет:

- в I триместре беременности – установить срок беременности, угрозу ее прерывания, наличие многоплодия, общее состояние и некоторые пороки развития плода, выявить сопутствующие гинекологические заболевания (миому матки, изменения яичников и др.);
- во II триместре беременности – диагностировать большинство врожденных пороков развития плода, выявить патологическое предлежание (тазовое, лицевое и другие, способные привести к проблемам в родах), преждевременную отслойку плаценты, мало- и многоводие;
- в III триместре беременности – обнаружить не выявляемые ранее пороки развития, а также гипотрофию плода, обвитие пуповины вокруг шеи.

Кроме того, ультразвуковое исследование позволяет определить предполагаемую массу плода, оценить его жизнедеятельность, нарушения в системе «мать-плацента-плод».

К сожалению, далеко не все женские консультации оснащены современными аппаратами для проведения УЗИ-исследования. Поэтому, если беременность протекает с какими-то нарушениями в вашем самочувствии, желательно провести исследование в учреждении, где такая аппаратура (современная, с хорошим разрешением) имеется. Для этого необходимо

¹ «Инструкция по организации проведения пренатального обследования беременных женщин с целью выявления врожденной и наследственной патологии у плода» – Приложение 1 к приказу Минздрава России от 28 декабря 2000 г. № 457.

получить направление на исследование от вашего лечащего врача, не стесняйтесь просить об этом или делайте это за свой счет.

Е. Допплеровское исследование маточно-плацентарно-плодного кровотока

Данное исследование проводится при сроке 20–24 недели беременности с целью определения группы риска (по развитию гестоза, задержке развития плода и **плацентарной недостаточности**) в III триместре.

Ж. Анализы крови

Общий анализ крови сдают 2–4 раза за беременность. Понижение гемоглобина в крови может говорить о развитии анемии беременных (анемия может указывать, например, на отсутствие полноценного питания беременной женщины). Увеличение числа лейкоцитов – о наличии воспалительного процесса, развитии инфекции и т.п. Увеличение СОЭ (скорости оседания эритроцитов) может указывать на воспалительный процесс, кровопотерю.

Следует отметить, что в соответствии со ст. 23 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» порядок обеспечения беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет полноценным питанием (в том числе через специальные пункты питания и магазины) по заключению врачей устанавливается законодательством субъектов РФ. Таким образом, в тех случаях, когда женщина не имеет полноценного питания в период беременности или кормления ребенка, ей сначала нужно обратиться к врачу для получения необходимого заключения, а затем в местные органы власти для получения необходимой материальной поддержки в рамках установленного в субъекте Федерации порядка.

Исследование факторов свертываемости крови выявляет количество в крови тромбоцитов, время свертывания крови, время кровотечения. Исследование необходимо для уточнения риска возникновения осложнений в родах со стороны матери (развития ДВС-синдрома, кровотечений) и ребенка (возможности проявления наследственных заболеваний системы крови).

Биохимический анализ крови сдают 2 раза за беременность. Изменение нормальных показателей может указывать на осложненное течение беременности, дисбаланс необходимых для матери и плода веществ.

3. Анализ мочи

Сдают 1 раз в 2 недели до 30-й недели беременности, 1 раз в неделю после 30-й недели беременности (желательно при каждом посещении).

В первую очередь врач обращает внимание на наличие белка в моче (протеинурию), что может свидетельствовать о развитии нефропатии, а также на наличие в моче бактерий, которые могут указывать на развитие инфекционного процесса в мочеполовых органах.

И. Мазок

В норме во влагалищных мазках можно обнаружить до 6 лейкоцитов в поле зрения. *Повышение числа лейкоцитов в мазке говорит о развитии лейкоцитоза:* 6–20 лейкоцитов в поле зрения свидетельствуют об умеренном лейкоцитозе; более 20 – о высоком лейкоцитозе.

К сожалению, врачи женских консультаций часто уделяют недостаточное внимание лейкоцитозу в мазках, несмотря на то что данный показатель указывает на развитие у беременной инфекционного воспалительного процесса, что для женщины чревато возникновением в послеродовом периоде инфекционных осложнений (таких, как эндометрит и сепсис), а для ребенка – развитием врожденных пороков, патологий, осложнений после рождения. В связи с этим очень высока роль как своевременно начатого лечения инфекционного заболевания, так и терапии, направленной на коррекцию иммунной системы матери.

Обращайте особое внимание на результаты мазков. **При наличии лейкоцитоза в мазках необходима полноценная диагностика на инфекции.** В списке обязательных видов такой диагностики значится бактериологический посев отделяемого из цервикального канала². В некоторых женских консультациях для исключения у беременной инфекционного заболевания бактериологический посев отделяемого из цервикального канала делают даже при отсутствии показаний. Если врач не назначил его вам, настаивайте или делайте анализ за свои деньги. В ваших же интересах сделать исследование не только на наличие бактериальных возбудителей инфекции, но и на наличие вирусов – ПЦР-диагностику (его также не всегда назначают в женских консультациях).

К. Шевеление плода

Подсчет числа движений плода можно производить с 28-й недели беременности в течение 1 часа 3 раза в день (например, с 7.00 до 8.00, с 12.00 до 13.00, с 18.00 до 19.00).

Число шевелений плода менее 10 раз в течение 12 часов (с 9.00 до 21.00) и менее 3 раз в течение 1 часа (в каждом измеряемом интервале времени) рассматривается как сигнал тревоги и требует проведения кардиомониторного исследования.

Ошибки отношения беременных к проблемам, возникающим во время беременности

Женщина, естественно, надеется, что у нее и ее малыша все в порядке. Поэтому когда врач говорит: «У вас все хорошо, есть небольшие проблемы с...» – она слышит только первую часть его слов – то, что хочет слышать. Но даже небольшие проблемы требуют проведения диагностики, чтобы определить, не выльются ли они в большие. Следствиями такого отношения являются недостаточная диагностика и отказ женщины от госпитализации.

² Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения беременных, рожениц и родильниц, утвержденные приказом Минздрава России от 05.11.1998 г. № 323, коды 023.5 и 026.2. При инфекции половых путей минимальный уровень диагностики: «6. Бактериологический посев отделяемого из цервикального канала». Стандарт лечения при установленном диагнозе предполагает: «1. Антибиотикотерапия. 2. Санация влагалища (зубиотики). 3. Комплексы метаболической терапии. 4. Комплексный иммуноглобулиновый препарат. 5. Препараты, тонизирующие ЦНС».

1.2. Какие опасности могут ожидать беременную в женской консультации

1.2.1. Назначение биологически активных добавок

Многие врачи женских консультаций в период беременности назначают пациенткам **биологически активные добавки**, в частности витамины.

В соответствии со ст. 1 Федерального закона «О качестве и безопасности пищевых продуктов» биологически активные добавки – это природные (идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов.

В соответствии со ст. 4 Федерального закона «О лекарственных средствах» «лекарственные средства – это вещества, применяемые для профилактики, диагностики, лечения болезни, предотвращения беременности, полученные из крови, плазмы крови, а также органов, тканей человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий. К лекарственным средствам относятся также вещества растительного, животного или синтетического происхождения, обладающие фармакологической активностью и предназначенные для производства и изготовления лекарственных средств».

БАД не проходят обязательных для лекарственных средств клинических испытаний, и, таким образом, безопасность и эффективность их применения не установлены.

Вы должны знать, какие биологически активные добавки противопоказаны при беременности. В соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача России от 27.08.1997 г. № 19 «О противопоказаниях для применения товаров при отдельных видах заболеваний» при беременности и лактации, а также детям до 12 лет противопоказаны следующие биологически активные добавки: 1) *тонизирующие* — содержащие элеутерококк, женьшень, родиолу розовую, другие аналогичные компоненты; 2) *влияющие на рост тканей организма* — содержащие гормоны, гормоноподобные вещества и антибиотики.

Врач, подрабатывая на компанию-производителя БАД, заинтересован в том, чтобы беременная женщина купила БАД, и потому, прописывая их, ссылается именно на лечебный или профилактический эффект, что само по себе противоречит действующему законодательству. Врач не вправе назначать их с этой целью, да и вообще он имеет право выписывать только лекарства. При этом пациентке не разъясняют, что ей назначают не лекарственное средство, а биологически активную добавку к пище.

Как узнать, что врач прописывает вам биологически активную добавку?

Вас должно насторожить, если врач предупреждает, что:

- лекарство очень дорогое;
- его можно купить только в одной-двух аптеках города (при этом врач называет вам конкретный адрес).

Но даже если вы поехали в указанную аптеку, не поленитесь посмотреть инструкцию, выясните, утвержден ли БАД Роспотребнадзором, написано ли там «биологически активная добавка». Хотя, конечно, выбор за вами, мы лишь предупреждаем о рисках.

1.2.2. Диагностические ошибки

Такие ошибки происходят из-за недооценки состояния беременной, а также из-за недобросовестного отношения врача или акушерки к своим обязанностям. Измерения делают «на глазок», не производят всех необходимых исследований, не учитывают ранее имевшихся у пациентки заболеваний и т.д.

Пациентка С.

Имелся хронический ревматоидный артрит, который способствовал развитию кососуженного таза. Однако в женской консультации и родильном доме диагноз «кососуженный таз» не был установлен. Дополнительных исследований (а для уточнения размеров таза необходимо было произвести рентгенопельвиометрию) сделано не было. Кроме того, у пациентки С. был крупный плод – ребенок родился массой 4020 гр. Для уточнения массы плода, кроме ультразвукового исследования, применяется метод приблизительного расчета путем умножения высоты стояния дна матки на окружность живота. Данные измерений (101 см – окружность живота, 39 см – высота стояния дна матки за две недели до родов) указывали на массу плода, превышающую 3900 граммов. Однако врач родильного дома, вопреки этим данным и ориентируясь лишь на свою интуицию, проставил в карте предполагаемую массу плода как 3600 граммов. В результате пациентку, которой требовалось плановое «кесарево сечение», стимулировали неразрешенным в акушерстве препаратом, чтобы вызвать роды через естественные родовые пути, что привело к эмболии околоплодными водами и смерти роженицы. Решением суда родильный дом выплатил близким 800 тысяч руб. Уголовное дело, несмотря на массу попыток, так и не было возбуждено. Срок давности по ст. 238 УК РФ (Нарушение требований безопасности для жизни потребителя) истекает в 2011 году.

В приведенном случае действия врача женской консультации объяснялись, во-первых, отсутствием в самой консультации необходимого оборудования (тут необходимо вспомнить, что в случае возникновения сомнений врач обязан направить пациентку на дополнительное обследование в специализированное учреждение), а во-вторых, пониманием того, что вся ответственность в любом случае будет на врачах родильного дома.

К сожалению, халатное отношение врача к своим обязанностям дорого обходится пациенткам. Чтобы помочь врачу избежать таких ошибок, вам необходимо вести «архив своего здоровья», не стесняться выяснять самые пустяковые, на первый взгляд, вопросы.

Наиболее часто встречающаяся ошибка врачей при ведении беременной женщины – недооценка ее состояния. Так, многим беременным женщинам даже при наличии имеющихся показаний врач не назначает никакой дополнительной диагностики.

Пациентка А.

На протяжении всей беременности у пациентки А. наблюдались признаки воспалительного заболевания – лейкоцитоз в мазках от 40 до 100 единиц, многоводие и фетоплацентарная недостаточность. Однако ни женская консультация, в которой наблюдалась женщина на протяжении беременности, ни родильный дом, в который она была госпитализирована за неделю до родов, не придали значения этим проявлениям имевшегося инфекционного заболевания. Соответственно, пациентке не были проведены

ни диагностические процедуры, необходимые для выявления возбудителя инфекции, ни лечебные мероприятия (назначение антибактериальной и иммуностимулирующей терапии) для лечения инфекции. Следствием этого явилось развитие у женщины послеродового гнойного эндометрита и сепсиса, а у ребенка аспирационной пневмонии, что привело к смерти обоих на следующие сутки после родов. Решением суда близкие погибшей пациентки А. получили 1 млн 800 тысяч рублей, однако уголовное дело было закрыто. В обоих случаях Тимирязевская прокуратура г. Москвы не провела соответствующих нормам УПК РФ мероприятий.

Конечно, всегда надо надеяться на лучшее, особенно если речь идет об ожидании ребенка, но со стороны врача такая мотивация не допустима – сначала необходимо сделать все для предупреждения и разрешения проблем, а потом уже вполне обоснованно ждать лучшего. Согласно «Положению о враче акушере-гинекологе женской консультации» (Приложение № 8 к приказу Минздрава СССР от 08.04.1980 г. № 360): «4. **Основной задачей врача акушера-гинеколога женской консультации является оказание квалифицированной амбулаторной акушерско-гинекологической помощи населению участка в женской консультации и на дому.** 5. В соответствии с основной задачей врач акушер-гинеколог осуществляет: 5.1. Проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, послеродового периода, гинекологических заболеваний на основе современных достижений науки и практики».

Таким образом, если при наблюдении за пациенткой врач не руководствуется стандартами оказания медицинской помощи, стоит задуматься о его квалифицированности.

Что делать, если у вас возникли сомнения относительно квалификации врача?

1. Поговорить с врачом, попросить его на основании ст. 31 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» разъяснить беспокоящие вас вопросы, ознакомить вас с данными анализов и обследований, пояснить их значение, разрешить вам взять копии всех имеющихся в женской консультации медицинских документов.

2. Проконсультироваться с другим специалистом (обязательны копии медицинских документов).

3. Проконсультироваться с юристом относительно ваших прав на получение медицинской помощи.

4. Самостоятельно исследовать имеющуюся проблему, читая специальную медицинскую литературу, нормативно правовые акты, советуясь с врачами.

5. Просить или требовать – в зависимости от сложившихся с врачом взаимоотношений – назначения необходимых анализов и обследований.

6. На основании ст. 30 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» вы имеете право на проведение консилиума без всяких условий, только лишь по вашей просьбе.

7. В случае отказа врача от необходимых, на ваш взгляд, назначений, устно, а если не выходит, то и письменно, следует просить заведующую консультацией поменять вам лечащего врача. На основании той же ст. 30 пациент имеет право поменять врача при условии согласия врача, к которому он хочет прикрепиться.

8. Если поменять врача не удастся, необходимо обратиться в свою страховую компанию или управление здравоохранения округа, чтобы

поменять женскую консультацию. Тогда своим родовым сертификатом вы проголосуете за то учреждение, где вам понравилось больше. Для того сертификаты и введены...

Партнерские отношения между врачом и пациентом невозможны без заинтересованности пациента в результатах наблюдения и лечения и элементарных знаний о состоянии собственного здоровья и своих заболеваниях. Конечно, речь не идет о том, чтобы пациент фактически стал врачом. Однако позиция многих врачей: «Это не твоё дело, ты – не врач», – так же безответственна, как и позиция тех пациентов, которые передоверяют врачу. В конце концов, решения относительно предложенных врачом методов обследования и лечения должны принимать пациенты, а принять верное решение без составления представления о проблеме и путях ее разрешения невозможно.

За рубежом существует понятие «second opinion team» – «команда второго мнения». Такие службы организованы при многих клиниках. Любой человек может туда обратиться и узнать, что думают другие специалисты о его проблемах со здоровьем.

1.2.3. Несвоевременность или отсутствие госпитализации

Эта проблема весьма актуальна по следующим причинам:

А. Беременные женщины зачастую отказываются от госпитализации, мотивируя отказ семейными проблемами, наличием требующих ухода детей и т.п. Вы должны понимать, что если наблюдающий вас врач предложил вам госпитализацию, то, значит, у него есть для этого основания, поскольку в рамках женской консультации для надлежащего лечения или профилактики возможных осложнений возможностей недостаточно. Наконец, в случае отказа от госпитализации всю ответственность за возможные негативные последствия вы берете на себя.

Конечно, предлагая госпитализацию, врач может перестраховываться, а вам не хочется проводить время в стенах медучреждения, поэтому попросите врача обосновать необходимость госпитализации. Действительно, беременных иногда госпитализируют для проведения исследований, которые вполне можно было бы сделать и в женской консультации, поэтому вопрос о том, для чего вам предлагается госпитализация и можно ли все сделать без нее, необходимо обсудить детально.

Если же аргументы врача кажутся вам обоснованными, но вы не хотите ложиться в стационар, не «подставляйте» врача, напишите расписку об отказе в госпитализации и о том, что риски отказа вам разъяснены. По крайней мере, это будет честно, хотя и рискованно.

Б. При имеющихся показаниях беременную не госпитализируют. Пациентка М. на 42-й неделе беременности обратилась в женскую консультацию с просьбой госпитализировать ее в родильный дом в связи с переносенной беременностью. Врач отказалась это сделать, в итоге пациентка самостоятельно поехала в родильный дом и настояла на госпитализации. К счастью, она сделала это своевременно, но немало случаев, когда задержка с госпитализацией приводит к печальным последствиям.

Порой в связи с просьбой женщины госпитализировать ее в заранее выбранный родильный дом бывает проведена фальсификация документов. Чтобы выполнить просьбу беременной, врач в направлении на госпитализацию указывает несуществующий у женщины диагноз. То есть по ее же просьбе приписывает в направлении то, чего на самом деле нет. Беда заключается в том, что в родильном доме женщину начинают лечить по установленному «липовому» диагнозу. Связано это, собственно, с отсутствием преемственности между женской консультацией и родильным домом. Эту проблему надо иметь в виду хотя бы для того, чтобы противодействовать ненужному вам лечению.

1.2.4. Отсутствие преемственности между женской консультацией и родильным домом

В некоторых случаях женская консультация бывает прикреплена к родильному дому, тогда такая проблема, как отсутствие преемственности, решена. Статистика в подобных родильных домах, как правило, хорошая. В большинстве же случаев женская консультация прикреплена к районной поликлинике и не имеет никаких взаимоотношений с роддомом. Беременная, поступая в родильный дом или родильное отделение больницы, имеет на руках только обменную карту, в которой очень коротко описаны данные обследований и выставленные диагнозы. Врачам роддома такой информации бывает совершенно недостаточно, поэтому они заполняют «историю родов» и с обменной карты, и со слов пациентки. Со слов же можно написать как много нужного, так и ненужного. Например, врач-ординатор задает роженице вопрос: «Есть ли у вас гинекологические заболевания?» Если она отвечает: «Да, что-то было», – но не знает, что конкретно, в «истории родов» будет написано – ОАГА (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез). Тогда для профилактики роженице могут назначить антибиотики, противогрибковые препараты и т.д. Если она отвечает: «Нет, ничего не было», – но при этом в женской консультации ей были выставлены определенные диагнозы, просто врач ее об этом не проинформировал и в обменной карте ничего не написал, то врачи роддома не смогут предпринять никаких профилактических мер, а это чревато возможными осложнениями в родах.

Сложившаяся практика не соответствует ни интересам пациентов, ни интересам врачей, но считаться с ней необходимо, и это еще одно основание для получения полной информации и копий документов в женской консультации.

Поэтому свои диагнозы знать надо, как «Отче нагл...», на всем протяжении беременности.

1.2.5. Медицинская помощь беременным, оказываемая бесплатно

В настоящее время навязывание платных услуг в медицине не редкость, не обошло это явление стороной и область акушерства и гинекологии.

Согласно ст. 41 Конституции РФ государство гарантирует гражданам получение медицинской помощи бесплатно. В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь оказывается **бесплатно** за счет бюджетных, страховых и иных поступлений.

Любая медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения должна быть бесплатной. ***Заключение договоров на платное оказание медицинской помощи со стороны государственных и муниципальных ЛПУ является незаконным.***

При этом во многих ЛПУ, по данным Минздравсоцразвития, участились случаи оказания платных медицинских услуг беременным, роженицам и родильницам. В связи с этим в ЛПУ было направлено разъясняющее письмо Минздравсоцразвития России от 16.07.2007 г. № 15-4/1360-09 «Об оказании платных услуг во время беременности и родов», где сказано, что «платные медицинские услуги населению государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением».

Оказание платных медицинских услуг не может осуществляться в ущерб гарантированному объему бесплатной медицинской помощи...

В связи с этим учреждения здравоохранения вправе предоставлять платные немедицинские услуги (дополнительные бытовые и сервисные услуги; пребывание в палатах повышенной комфортности; дополнительное питание; транспортные и другие услуги) только в тех случаях, если данный вид коммерческой немедицинской деятельности утвержден уставом учреждения здравоохранения и учреждение имеет лицензию на указанный вид деятельности.

Для оказания платных немедицинских услуг медицинскому учреждению не требуется специального разрешения соответствующего органа управления здравоохранением».

Согласно постановлению Правительства России от 15.05.2007 г. № 286 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2008 год» гражданам Российской Федерации амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь при беременности, патологии беременности, родах и абортах, стационарная помощь в период новорожденности, а также лекарственная помощь в соответствии с законодательством предоставляется бесплатно.

Таким образом, на платной основе могут предоставляться только услуги сервисного характера.

В соответствии с Программой государственных гарантий оказание медицинской помощи финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, а также за счет средств бюджетов всех уровней бюджетной системы РФ. Таким образом, источники финансирования различны, но для беременной женщины это важно знать только потому, что при поступлении в ЛПУ ей необходимо иметь с собой ряд документов, в частности полис ОМС и родовой сертификат, если он уже выписан. Важно помнить и то, что отсутствие у пациента необходимых документов не является основанием для отказа со стороны ЛПУ в оказании ему экстренной медицинской помощи.

В то же время согласно ст. 4 Закона РФ от 28.07.1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между страхователем и страховой медицинской организацией. В соответствии с этим договором последняя обязуется организовать и финансировать застрахованному лицу медицинскую помощь определенного объема и качества в рамках программ медицинского страхования.

Согласно ст. 15 того же Закона страховая медицинская организация обязана заключать с медицинскими учреждениями договоры на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным по программе обязательного медицинского страхования. Однако она имеет право свободно выбирать медицинские учреждения как для оказания помощи по программе обязательного страхования, так и для оказания услуг по договорам страхования.

Согласно ст. 6 этого же Закона граждане, в свою очередь, имеют право на:

- обязательное медицинское страхование;
- выбор медицинской организации.

Кроме того, в соответствии со ст. 30 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» беременная женщина имеет право на выбор лечебно-профилактического учреждения в рамках обязательного медицинского страхования.

Таким образом, **беременная женщина, выбирая страховую медицинскую организацию для обязательного медицинского страхования, выбирает и тот круг медицинских организаций, в которые она может обратиться за оказанием медицинской помощи при беременности и родах.** То есть, с одной стороны, ее право ограничено теми медицинскими учреждениями, с которыми есть договор у ее страховой организации, а с другой стороны, у женщины есть и выход из этой ситуации. Она может пойти от обратного – сначала выбрать медицинское учреждение, в котором хотела бы получить помощь, а после этого заключить

договор с той страховой компанией, у которой есть договор с выбранным лечебно-профилактическим учреждением.

Часто на практике возникает следующая проблема: женщина приезжает на длительное время в другой город, а у ее страховой организации нет договоров ни с одним медицинским учреждением этого города. В таком случае женщина не сможет воспользоваться услугами ЛПУ этого города, если только оказание медицинской помощи не будет носить экстренного характера.

Выход из сложившейся ситуации есть. Женщина может заключить договор обязательного медицинского страхования с какой-либо страховой организацией данного города и таким образом получить право на выбор ЛПУ из числа тех, с кем у выбранной страховой компании имеется договор.

Необходимо отметить, что лицам без гражданства, постоянно проживающим в РФ, и беженцам медицинская помощь оказывается наравне с гражданами РФ, если иное не предусмотрено международными договорами РФ.

Иностранным гражданам, находящимся на территории РФ, медицинская помощь оказывается в соответствии с международными договорами РФ. Иностранным гражданам обычно оформляют временные медицинские полисы, на основании которых они получают медицинскую помощь, объемы которой предусмотрены соответствующими международными договорами, нормативными правовыми актами и договорами медицинского страхования (кроме оказания экстренной медицинской помощи).

На данный момент в России оказание медицинской помощи происходит (должно происходить) по установленным схемам (стандартам и приказам) диагностики и лечения.

Объем бесплатной медицинской помощи при физиологическом течении беременности установлен стандартом оказания медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 14.09.2006 г. № 662 (см. Приложение 3). Также существуют стандарты оказания медицинской помощи при различных заболеваниях. И в случае возникновения конфликтной ситуации (некачественного или несвоевременного оказания медицинской помощи в ЛПУ) оценка правильности оказания медицинской помощи будет основываться на сравнении именно с этими стандартами.

1.2.6. Требование оплаты медицинских услуг от беременных и рожениц

Если медицинский работник предлагает оплатить один из вышеперечисленных видов медицинской помощи, оказываемой бесплатно, он совершает правонарушение. Как поступать в данном случае? Решать этот вопрос придется самой женщине. При нежелании оплачивать услугу она может попытаться урегулировать вопрос мирным путем, напомнив врачу, что данная услуга оказывается в силу закона бесплатно. Если он будет настаивать на оплате услуги, можно подать на данного врача жалобу либо заведующей женской консультации – если речь идет о навязывании оплаты услуги в женской консультации, – либо заведующему родильным отделением (далее – главному врачу), если действия происходят в родильном доме. В случаях когда медицинская помощь должна быть оказана в рамках ОМС, жалобу можно подать в свою страховую медицинскую организацию (просто позвоните по телефону, указанному в вашем полисе).

Если при рассмотрении жалобы конфликт себя не исчерпает, женщина может обратиться с заявлением в прокуратуру с просьбой о внесении в соответствующее медицинское учреждение представления прокурора об устранении нарушения права либо обратиться в суд. Однако следует учитывать, что хождение по правоохранительным органам в целях

устранения нарушения или восстановления нарушенного права может отнять много времени и сил.

Если женщина располагает необходимыми для оплаты услуги денежными средствами и не желает конфликтовать с лечащим врачом, а также тратить на выяснение отношений свои нервы и время, то может услугу оплатить.

Если женщина может доказать факт оплаты, притом что в бесплатной помощи ей было отказано (это тоже надо доказать), она сможет потребовать возмещения материальных затрат в страховой компании или через суд. Если же деньги были переданы в конверте лично врачу или вы решили рожать платно, минуя бесплатную медицину, то вернуть деньги будет невозможно.

Бывают ситуации, когда лучше сначала оплатить медицинскую помощь, оказываемую по законодательству РФ бесплатно, а уже после ее оказания возвращать уплаченные за нее деньги. Цель – охрана своего здоровья и здоровья будущего ребенка. Так, согласно приказу Минздрава России от 28.12.2000 г. № 457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей» забор проб крови у всех беременных женщин для проведения исследования у них уровней сывороточных маркеров – альфа-фетопротеина (АФП) и хорионического гонадотропина человеческого (ХГЧ) – осуществляется при сроке **16–20 недель** беременности. Пока беременная женщина, бегая по различным инстанциям, будет доказывать, что данные анализы по действующему законодательству ей должны сделать бесплатно, сроки, необходимые для их проведения, могут пройти. В результате невозможно будет выявить наличие или отсутствие отклонений в развитии плода.

При оплате услуг беременная женщина может столкнуться с таким правонарушением, как оформление «разового страхового полиса по добровольному медицинскому страхованию», упоминаемого налоговыми органами как «монополис».

«**Монополис**» представляет собой своеобразный уход от налогов со стороны медицинских организаций. По своей сути это – договор возмездного оказания услуг, оформленный под видом полиса добровольного медицинского страхования.

Как распознать «монополис»?

1. Во-первых, оформление такого полиса происходит, как правило, непосредственно при обращении лица в лечебное учреждение. В нем указывается событие, при наступлении которого страховщик производит выплату лечебному учреждению некоторой суммы денег, хотя на самом деле это событие не является страховым, так как не обладает признаками вероятности и случайности.

Министерство по налогам и сборам в своем письме от 15.09.1999 г. № 24-02/11 уже представляло разъяснение по поводу незаконности оформления «монополисов».

В соответствии с действующим законодательством цель медицинского страхования – гарантировать гражданам получение медицинской помощи при возникновении страхового случая (за счет накопленных средств) и финансировать профилактические мероприятия. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при наступлении страхового случая. При этом страховым риском является предполагаемое событие.

На основании изложенного по договору добровольного медицинского страхования страховым случаем может быть обращение застрахованного лица в медицинское учреждение за получением медицинской помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах перечня, предусмотренного договором страхования, либо связанное с внезапным, случайным ухудшением состояния здоровья застрахованного лица в результате заболевания, травмы, отравления или других несчастных случаев, произошедших в течение действия договора страхования.

При оформлении «монополиса» речь идет о событии известном, лишенном признаков внезапности и случайности.

2. Во-вторых, сумма указанного в полисе взноса, уплачиваемого лицом, обратившимся в лечебное учреждение, совпадает по величине с суммой произведенной выплаты, а время ее внесения – со временем выплаты (что говорит о том, что страховщик не имел возможности накопить средства, необходимые для гарантирования страхователю получения медицинской помощи при наступлении страхового случая).

3. В-третьих, в случаях оформления «монополиса» в договоре, как правило, отсутствуют существенные условия, предусмотренные законом для договоров такого вида. Так, в большинстве случаев отсутствует соглашение о размере страховой суммы, договор не содержит сведений о застрахованном лице, нет программы добровольного страхования, а также перечня исполнителей (ЛПУ), оказывающих медицинскую помощь при наступлении страхового случая.

4. Частым явлением при выдаче «монополиса» бывает нарушение порядка оформления квитанции о получении страхового взноса (которая является бланком строгой отчетности), в частности проставление на ней штампа, используемого лечебным учреждением для оформления больничных листов, что недопустимо.

5. В некоторых случаях бесплатная медицинская помощь, предусмотренная базовой программой обязательного медицинского страхования, указывается в качестве страхового случая по договору добровольного медицинского страхования, за что с гражданина взимается плата, оформленная в виде страхового взноса.

Таким образом, оформление «монополиса» нарушает установленные правила добровольного медицинского страхования.

Если для оказания медицинской услуги лечебное учреждение потребовало от беременной заключения разового договора добровольного медицинского страхования, женщина имеет право требовать возвращения уплаченных ею денег ввиду того, что такая сделка по закону будет являться ничтожной в силу ст. 168 ГК РФ как сделка, не соответствующая закону или иным нормативным правовым актам.

Заключение договора добровольного медицинского страхования на ведение беременности, равно как и на роды, не соответствует основному принципу страхования – страхованию рисков. Каков же риск в данном случае? Ни беременность, ни роды заболеваниями не являются, и то, что беременность заканчивается родами, является естественным и закономерным событием. Об этом говорится и в письме Минздравсоцразвития России от 16.07.2007 г. № 15-4/1360-09 «Об оказании платных услуг во время беременности и родов»: «Заключение договора на платные роды страховыми медицинскими организациями является неправомерным, так как при этом нарушается сам принцип страхования. В соответствии с действующим законодательством цель медицинского страхования – гарантировать гражданам получение медицинской помощи при возникновении страхового случая (за счет накопленных средств) и финансировать профилактические мероприятия. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого и проводится страхование, т.е. событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности. Роды не обладают такими признаками, поскольку неизбежно должны наступить в случае беременности».

Прежде чем обращаться за защитой своего нарушенного права в правоохранительные органы, можно попытаться добиться требуемого путем направления в страховую организацию претензии. В претензии необходимо указать изложение обстоятельств дела, суть претензии, а также основания, дающие право требования к организации. Претензию можно

послать в страховую организацию по почте заказным письмом или, составив ее в двух экземплярах, подать непосредственно в канцелярию, получив на втором экземпляре подпись уполномоченного лица с входящим номером, датой принятия документа и печатью организации. Это будет подтверждать факт обращения в страховую организацию с претензией.

Вряд ли администрация страховой организации захочет развивать возникший конфликт дальше, поскольку при обнародовании того факта, что данная организация регулярно выписывает «монополисы», может встать вопрос об аннулировании ее лицензии на рассматриваемый вид услуг.

При обращении беременной женщины в выбранный родильный дом ей может быть предложено заключение возмездного договора на ведение так называемых родов 1-й, 2-й и других категорий. В действующем законодательстве понятия «родов 1-й и др. категорий» не существует. При заключении такого рода договора плата берется фактически за сервисные услуги, например за предоставление одноместной или двухместной палаты. То есть от того, заплатит беременная женщина по такому договору деньги или нет, качество медицинской помощи не изменится.

Глава 2

Получение медицинской помощи в родильном доме

2.1. Как правильно выбрать роддом

Будущим родителям малышей, а также их родственникам, помогающим определиться с местом родов, необходимо знать, на что следует обращать внимание при выборе родильного дома. Основными показателями при выборе роддома являются:

- статистика материнской и детской смертности и осложнений в родильном доме (отделении);
- специализация родильного дома (отделения);
- оснащение родильного дома (отделения) оборудованием и лекарственными средствами;
- квалификация медицинского персонала;
- условия родов и пребывания в родильном доме (отделении);
- соблюдение правовых норм.

После введения в действие программы родовых сертификатов женщина получила формальное право на выбор родильного дома (отделения). Роддома, в свою очередь, стимулируются оплатой по родовым сертификатам в том случае, если мать и ребенок живы, – «за услуги по медицинской помощи, оказанной женщинам в период родов и в послеродовой период родильным домом». «В случае смерти матери и (или) ребенка в период нахождения в родильном доме (за исключением случаев смерти одного или нескольких детей при рождении двойни и более детей, в случае сохранения жизни матери и хотя бы одного ребенка)»³ родовой сертификат оплате не подлежит.

2.1.1. Показатели деятельности родильных домов

Статистика материнской и детской смертности и осложнений в родильном доме (отделении) – главный показатель, который должен вас интересовать при выборе родильного дома, поскольку только так, по результатам оказания услуг, вы можно судить о качестве медицинских услуг в том или ином роддоме.

Оценка качества медицинской помощи населению является важной политической и профессиональной задачей нашего времени. Повышение доверия населения к системе здравоохранения всецело зависит от эффективности и качества медицинской помощи.

В данной главе мы будем говорить о качественной медицинской помощи при родах и принципах ее обеспечения.

Качество медицинской помощи определяется тремя составляющими или держится на трех «китах»: структуре медицинской организации, организации лечебного процесса и результатах лечения.

³ Приказ Минздравсоцразвития России от 16.01.2008 г. № 11н «О порядке и условиях оплаты государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии – медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет, и выдачи женщинам родовых сертификатов».

Структура медицинской организации подразумевает наличие материально-технических условий и эффективного кадрового ресурса. Нельзя оказать помощь хорошо, если нет необходимого оборудования, а врачи – неумехи...

В настоящее время износ основных средств в лечебных учреждениях России превышает 50%, а по данным Федерального регистра медицинских работников, около 100 тысяч врачей (т.е. каждый 7-й врач) не повышали свою квалификацию более 5 лет. Средний возраст российского врача превышает 48 лет, при этом 92% всех медработников России – женщины. Из-за существующих проблем в нормативно-правовом регулировании в сфере здравоохранения, больших расстояний и уже имеющегося кадрового голода обеспечить одинаково доступную и высококачественную медицинскую помощь гражданам на всей территории России представляется практически нереальным. Вплоть до настоящего времени в сотнях умирающих российских сел трудятся фельдшеры, получившие образование не в медицинских училищах, а на 2-месячных курсах Красного Креста и Красного Полумесяца, при этом большинство из них достигли пенсионного возраста и живут натуральным хозяйством. В этих условиях поездки на курсы повышения квалификации для них попросту невозможны. Ситуация тем ужаснее, что молодая смена в отрасль не приходит. Только 50% выпускников медицинских вузов работают по специальности.

Однако достаточно часто бывает и так, что в красивых, только что построенных клиниках, оснащенных ультрасовременным оборудованием, в родах, проходящих под наблюдением профессоров и доцентов, имеют место серьезные осложнения, появляются судебные иски.

Значит, в этих организациях страдает организация лечебного процесса – нет преемственности между приемным отделением и стационаром, нет четкой координации между врачами и медсестрами.

Многочисленными исследованиями было показано, что клиники с числом коек, превышающим 600, практически неуправляемы, а численностью до 250 коек – являются экономически нестабильными. В клиниках с количеством коек менее 100, а следовательно, и небольшим бюджетом увеличивается риск того, что пациентам будут навязывать платные медицинские услуги, а специалисты будут из числа тех, кто почти уже забыл, что такое курсы повышения квалификации.

ВЫВОД: не стремитесь попасть в очень крупную или, наоборот, небольшую клинику.

И «самый главный кит» качества медпомощи – *результаты работы клиники*. Обратите внимание на то, что практически в любой газете и других средствах массовой информации вы всегда найдете информацию о передовых клиниках, при этом основное внимание будет уделено методам лечения, оборудованию, научным регалиям сотрудников, но крайне редко можно будет увидеть информацию о результатах работы клиники. Применительно к родовспоможению к таким результатам следует относить такие показатели, как частота разрывов промежности, осложнений после планового «кесарева сечения», материнская и младенческая смертность и др.

Более того, в России до настоящего времени практически ни одно лечебное учреждение не опубликовало в средствах массовой информации ни одного отчета о своей деятельности за год, включающего данные о результативности.

Широкая информированность населения о качестве оказания медицинской помощи с позиций ее результативности является самой эффективной мерой по обеспечению надлежащего качества медицинской помощи.

Пирамида человеческих потребностей, основываясь на физиологических и материальных нуждах, заканчивается возможностью самореализации человека через его признание.

Для врачей это наиважнейший стимул. Три года реализации национальных проектов в здравоохранении показали, что доплаты участковым врачам никоим образом не отразились на качестве медпомощи, а вот любая публикация по фактам некачественной помощи, огласка судебного решения через средства массовой информации, введение института премий «Лучший врач года» оказались достаточно действенными рычагами.

Появление общероссийского перечня роддомов с указанием статистики смертности и осложнений – уникальный инструмент по обеспечению должного качества помощи.

Впервые идея рейтингов роддомов появилась в «Лиге пациентов» в 2003 году, затем соответствующее решение было принято на Общественном совете по защите прав пациентов при Росздравнадзоре (www.openmed.ru, www.roszdravnadzor.ru) в 2006 году, а в 2008 году был издан приказ Росздравнадзора от 26.02.2008 г. № 1027-Пр/08, определивший необходимость и порядок формирования такого рейтинга. Представленный ниже «Перечень сведений об учреждениях родовспоможения, которые можно рассматривать как имеющие достаточные материально-технические и другие условия для обеспечения качественной помощи при родах, а также показатели их работы за 2007 год» (см. Приложение 7) впервые предоставляет реальную статистику смертности и осложнений в родильных домах России. Данные Перечня не были переведены в систему баллов в силу того, что сбор данных был проведен впервые, что не позволяет рассматривать эти данные как достоверные и полные как по объективным, так и по субъективным причинам.

Уже несколько лет в российском Интернете мамы объединяются в сообщества, пытаются самостоятельно составить рейтинги роддомов. Надо понимать, что будущая мама и ее родственники, не имея специальных знаний в области акушерства, гинекологии и неонатологии, не могут реально оценить качество оказываемой им медицинской помощи. Зато пациенты могут высказаться о двух существенных составляющих оказания помощи: ее сервисной части и их информированности о медицинских услугах. Материнские рейтинги в основном и строятся на этих двух показателях. Доверять этим рейтингам нельзя – они субъективны, а представляющие их сайты не напрямую, но в полной мере финансируются некоторыми государственными и частными клиниками с целью обеспечения собственной рекламы.

При формировании рейтинга Росздравнадзора были получены сведения обо всех государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, имеющих лицензию и участвующих в программе «родовой сертификат».

Естественно, наши мамочки спросят: «А почему эти сведения не обо всех медицинских организациях, оказывающих помощь при родах, а только о государственных или муниципальных?» На самом деле, программой «родовой сертификат» в 2007 году было охвачено 93% всех родов в РФ, следовательно, полученная выборка является репрезентативной.

Кроме того, частная система здравоохранения в России, хотя уже и выросла из коротких штанишек (после приватизации государственной собственности стали частными многопрофильные клиники таких компаний, как ОАО «РЖД», Первая трубная металлургическая компания, Газпром), родовспоможением заниматься не торопится. Основная специализация частного здравоохранения понятна – это стоматология, дерматовенерология, косметология, но никак не помощь при родах. Полагаем, что частные медицинские организации целесообразно будет включать в рейтинг только лишь через 1–2 года.

При формировании перечня нами были выделены физиологические и патологические (обсервационные, например, для больных туберкулезом) группы роддомов.

Какие показатели учитывает данный перечень? Прежде всего, это уже обсуждавшиеся нами «киты» качества медицинской помощи.

Показатели структуры организации:

- наличие в структуре организации детского реанимационного отделения, лаборатории экспресс-диагностики;
- возможность обеспечения совместного пребывания матери и ребенка;
- возможность присутствия мужа или родственников при родах;
- численность медработников, не повышавших свою квалификацию более 5 лет, в процентах от общей численности медработников организации.

Среди этих показателей два принципиально важны – наличие детского реанимационного отделения и возможность присутствия на родах родственников. Первый показатель говорит о достаточной инфраструктуре роддома, а второй характеризует его открытость, готовность к осуществлению внешнего контроля качества. Практически во всех зарубежных клиниках в операционных и родильных залах установлены камеры постоянного видеонаблюдения. Этого еще нет в России, поэтому отчасти роль наблюдателей должна быть передана родственникам. В присутствии посторонних врачи ведут себя осторожнее, тщательнее выполняют свои обязанности, а роженица получает необходимую психологическую поддержку.

Возможность совместного пребывания матери и ребенка после родов отчасти демонстрирует готовность учреждения родовспоможения к обеспечению жестких современных требований в отношении необходимости *немедленного после рождения прикладывания ребенка к груди матери, контакта ребенка с кожей матери, свободного режима вскармливания, включая исключительно грудное вскармливание по требованию ребенка без ночного перерыва.*

Ключевым условием для включения медицинской организации в рейтинговый список учреждений родовспоможения являлось наличие у нее детского реанимационного отделения. Отсутствие такого подразделения в структуре организации не может гарантировать высокого качества оказания помощи. В этой связи все учреждения родовспоможения, не имеющие в своей структуре такого подразделения, не были включены в итоговую таблицу сведений об учреждениях родовспоможения, которые можно рассматривать как имеющие достаточные материально-технические и другие условия для обеспечения качественной помощи. Наличие детской реанимации – необходимое условие выхаживания недоношенных и маловесных детей.

Понятие живорождения в России принято в следующей формулировке: «полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери независимо от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента. Каждый продукт такого рождения рассматривается как живорожденный». Однако дети (плоды), родившиеся с признаками жизни, но весом менее 1000 г (или ранее 28 недель беременности), в официальную статистику рождаемости включаются только в том случае, если они прожили более 168 часов (или полных 7 суток) после рождения. Если такие дети умерли ранее 7 полных суток, их учитывают как поздние выкидыши (при сроке 22–27 недель беременности). Соответственно, чтобы построить реальный рейтинг учреждений родовспоможения с учетом младенческой смертности, в будущем необходимо собрать информацию о выхаживании рано рожденных детей с весом более 500 граммов так, как это делается во всем мире. Авторы надеются, что в 2009–2010 годах вновь выстроенный рейтинг уже будет учитывать эти данные.

Среди показателей качества организации лечебного процесса и результативности работы клиники были учтены следующие:

- материнская смертность;
- ранняя неонатальная смертность;

- количество случаев внутрибольничной инфекции;
- количество осложнений после операций «кесарево сечение»;
- соотношение количества плановых и экстренных «кесаревых сечений»;
- соотношение показателя «кесаревых сечений» и перинатальной смертности;
- количество осложнений у новорожденных;
- случаи наложения акушерских щипцов;
- тяжелые разрывы промежности.

При расчете рейтинга нами на первых этапах были использованы такие показатели, как количество судебных исков и жалоб, предъявленных в отношении клиники, однако из-за отсутствия возможности получить достоверные сведения и избежать субъективизма эти показатели в дальнейшем были исключены из расчетов.

Самое важное для авторов книги – обеспечение достоверности полученной информации.

Дело в том, что представленные в книге сведения составлены на основании информации, полученной от региональных министерств здравоохранения, и, естественно, эти данные, хотя и прошли проверку, но не могли быть досконально выверены сотрудниками территориальных управлений Росздравнадзора из-за большого объема информации. Статистическая информация, собираемая региональными министерствами или департаментами (управлениями) здравоохранения, зачастую не вполне соответствует действительности.

Как происходит сбор этой информации? Электронные истории болезни отсутствуют более чем в 90% учреждений. Заведующий отделением или отдел медицинской статистики больницы чаще всего вручную рассчитывают показатели своей работы за отчетный период, затем главный врач имеет все возможности для произвольного внесения «небольших» правок. После этого информацию передают в вышестоящую инстанцию, и там, как правило, срабатывает тот же механизм «корректировки» данных. К лицам, принимающим решения, информация приходит искаженной, а зачастую и с приписками. Данная ситуация отчасти объясняет существование столь большого количества различных контрольно-надзорных инстанций не только в здравоохранении, но и в стране в целом.

Но публикация даже такой «официальной» информации о материнской и младенческой смертности в конкретных медицинских учреждениях несет в себе определенный политический подтекст для региональных руководителей, ведь, прежде всего, это – реальная оценка эффективности их работы. Не секрет, что в период, когда сектору здравоохранения государством уделяется огромное внимание, региональные чиновники стремятся показать только позитивные стороны своей работы, не информируя о существующих проблемах. Так, в течение всего 2008 года Росздравнадзор так и не получил от Департамента здравоохранения Москвы информацию о результатах работы роддомов Москвы в 2007 году. Московские городские чиновники следуют принципу: «о столичных учреждениях или хорошо, или полная тишина». Соответственно, наиболее скандальные случаи смерти в роддомах чаще всего происходят именно в столице. Аналогичная ситуация имеет место и в некоторых других субъектах РФ.

2.1.2. Специализация родильного дома (отделения)

На сегодняшний день существуют родильные дома (отделения) как общего (физиологического) профиля, рассчитанные на беременных и рожениц с неосложненной беременностью и родами, так и специализированные, обслуживающие женщин с патологиями беременности или наличием сопутствующего заболевания. Так, в приказе Департамента здравоохранения правительства Москвы от 07.04.2004 г. № 171 говорится о том, что не только плановая, но и экстренная госпитализация должна производиться в профильные род-

дома. Если вам выдано направление в профильный роддом, но у вас нет возможности быстро до него добраться, а помощь вам необходима экстренная, вы должны настаивать на госпитализации в ближайший роддом. В случае отказа от госпитализации в ближайший роддом действия сотрудников женской консультации, «Скорой помощи» или родильного дома могут быть рассмотрены как уголовное правонарушение по ст. 125 «Оставление в опасности» УК РФ.

Женщинам же, у которых беременность протекает без осложнений, несомненно, лучше ориентироваться на физиологический родильный дом.

2.1.3. Оснащенность роддома оборудованием, лекарственными средствами

Важно знать:

- есть ли в роддоме реанимационное детское отделение и реанимационное отделение для взрослых. Оба бывают крайне редко, поэтому выбор за вами;
- есть ли оборудование для наблюдения за жизнедеятельностью плода и проводятся ли соответствующие наблюдения (кардиомониторинг, доплерометрия, УЗИ-исследования);
- есть ли лаборатория;
- какие препараты применяются в родильном доме: устаревшие или современные.

2.1.4. Квалификация медперсонала

В данном случае речь идет не столько о наличии у врачей ученых степеней, сколько о статистике осложнений у пациентов конкретного врача, его навыках и умениях. Так, акушер-гинеколог, благополучно принявший несколько сложных родов, несомненно, обладает высоким уровнем квалификации, так же как и анестезиолог-реаниматолог, успешно применяющий как общий, так и эпидуральный, и спинальный виды наркоза. Кстати говоря, многие беременные при выборе врача ориентируются только на врача акушера-гинеколога, забывая о том, что квалификация анестезиолога-реаниматолога может стоить им жизни. Статистика результатов работы каждого конкретного врача у нас, к сожалению, не ведется, поэтому для выяснения квалификации выбранного вами врача вам придется ориентироваться на отзывы о нем уже родивших женщин, в частности и на отзывы, размещенные в Интернете.

Кроме того, можно узнать, сколько врачей родильного дома имеют сертификаты специалистов, обновленные за последние пять лет, чего требует закон. Вопрос не праздный, поскольку, по данным Росздравнадзора, 140 тысяч врачей из 630 тысяч не имеют таких сертификатов, что, строго говоря, лишает таких врачей права оказывать медицинскую помощь (ст. 54 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»).

2.1.5. Условия родов и пребывания в роддоме

А. В отделение патологии

Наиболее важной для вас окажется возможность общения с родственниками.

Согласно ч. 1 ст. 27 Конституции РФ: «Каждый, кто законно находится на территории РФ, имеет право **свободно передвигаться, выбирать место пребывания и жительства**».

Согласно ст. 18 Конституции РФ: «Права и свободы человека и гражданина являются непосредственно действующими».

Согласно ст. 1 Семейного кодекса РФ: «Семейное законодательство исходит из необходимости укрепления семьи, построения семейных отношений на чувствах взаимной любви и уважения, взаимопомощи и ответственности перед семьей всех ее членов, недопустимо-

сти произвольного вмешательства кого-либо в дела семьи, обеспечения беспрепятственного осуществления членами семьи своих прав, возможности судебной защиты этих прав».

В соответствии с приказом Минздрава России от 26.11.97 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах»: «3.9. Разрешается посещение родственниками беременных и родильниц. Порядок посещения устанавливается администрацией родильного дома (отделения)».

Режим посещения большинства ЛПУ формально (когда речь идет «о часах посещения») противоречит свободе передвижения граждан, а также праву членов семьи находиться рядом друг с другом или вообще быть рядом с людьми, которых любишь или которые важны.

В случае выявления таких обстоятельств следует указать на это главному врачу ЛПУ, написав соответствующее заявление, а в случае отсутствия ожидаемой реакции – обжаловать правила внутреннего распорядка в суде или в прокуратуре.

На практике сегодня каждый роддом устанавливает свои правила посещения.

Б. Родовое отделение

План родов

Такая форма, к сожалению, существует далеко не во всех родильных домах. Однако предварительное составление плана ведения родов с обязательным участием в его обсуждении самой женщины позволяет предотвратить возможные осложнения в родах и после них, поскольку предполагает детальное изучение анамнеза, в том числе дает возможность учесть реакцию женщины на различные лекарственные препараты. Кроме того, и это немаловажно, если женщина заранее готовится к определенному ведению родов в тесном контакте с врачом, она психологически окажется подготовлена к тому, что будет происходить во время самих родов.

Важно это и в отношении срока родов – как естественных, так и запланированных путем родовозбуждения или операции «кесарева сечения». Если же беременную будят в семь часов утра со словами «пора рожать», то, конечно, ни о какой психологической подготовленности и, соответственно, подготовленности организма говорить не приходится.

Возможность присутствия на родах мужа

В настоящее время на опыте развитых стран доказано, что присутствие мужа (или других родственников) на родах оказывает положительное влияние на психологическое состояние роженицы, а значит, и на течение родов. По данным Всемирной организации здравоохранения, *частота осложнений в родах у женщин, которые рожали в присутствии родственников, ниже, нежели у рожавших без такой поддержки*. Кроме того, между отцом и ребенком в первые минуты жизни малыша возникает особая связь, не менее важная для семейной жизни, нежели связь с матерью.

Существует и иная точка зрения: присутствие мужа на родах приводит к переоценке им женской привлекательности собственной жены, поскольку сама ситуация является для него стрессовой. Чтобы этого избежать, муж может находиться у изголовья жены (за ширмой), а не наблюдать непосредственно за родовым актом. При этом он будет выполнять две основные функции: моральной поддержки жены и контроля за происходящим, поскольку бывают ситуации, когда роженице нужна реальная помощь. Кстати, это поможет избежать и обмороков мужей, которых так опасаются врачи, не пускающие их в родзал.

Необходимо понимать, что женщина остается одна в стрессовой для нее ситуации, врач далеко не всегда может ей помочь. Так, роженица может долго лежать в родблоке со схватками, акушерка в это время будет пить чай, но, не имея при себе мобильного телефона, женщина не сможет ни к кому обратиться. Такие ситуации чреваты самыми серьезными осложнениями, нами зафиксированы даже разрывы матки и случаи внутриутробной гибели плода. Если же речь идет о принятии важного решения, например о выборе метода родовспоможения,

ния, то женщина перед родами практически не способна принимать адекватные решения, особенно если она к ним не подготовлена, и вынуждена ориентироваться исключительно на мнение врачей.

Поэтому следует иметь в виду две главные функции родных роженицы – мужа или мамы – функции помощника и свидетеля.

В присутствии мужа акушерка вряд ли рискнет кричать на рожаящую женщину. Особенно же важно их присутствие тогда, когда роженица находится под наркозом.

Ситуация, которая сложилась с доступом родственников в роддома как до, так и во время родов, и после них, демонстрирует тюремный режим системы здравоохранения России.

В соответствии с приказом Минздрава России от 26.11.97 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» вопрос о присутствии мужа на родах решается дежурным врачом, а не беременной женщиной и ее мужем: «3.10. Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии условий (индивидуальные родильные залы), отсутствии у посещающего лица инфекционного заболевания (ОРЗ и др.), с разрешения дежурного врача с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде, халате, бахилах, маске (в родзале)». На сегодняшний день во многих роддомах присутствие мужа на родах рассматривается не как право супругов, а как дополнительная платная услуга. Получается, что муж, который оплачивает свое присутствие на родах, куда менее опасен с точки зрения санитарно-эпидемиологических норм, чем тот, который хотел бы присутствовать на родах бесплатно.

Между тем согласно ст. 31 Семейного кодекса РФ:

«1. Каждый из супругов свободен в выборе рода занятий, профессии, мест пребывания и жительства.

2. Вопросы материнства, отцовства, воспитания, образования детей и другие вопросы жизни семьи решаются супругами совместно, исходя из принципа равенства супругов.

3. Супруги обязаны строить свои отношения в семье на основе взаимоуважения и взаимопомощи, содействовать благополучию и укреплению семьи, заботиться о благосостоянии и развитии своих детей».

Из этой нормы следует, что препятствие доступа одного супруга к другому будет нарушением их равенства в решении различных семейных вопросов, что, кстати, относится к основополагающему праву – праву частной жизни, личной и семейной тайны, которое объявлено ч. 1 ст. 23 Конституции РФ неприкосновенными.

Согласно п. 12, 13 ст. 30 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (далее – Основы) пациент имеет право на допуск к нему адвоката или **законного представителя для защиты его прав**, а также священнослужителя. **Законными представителями по действующему законодательству являются:**

а) **родители** (усыновители);

б) опекуны, назначенные для представительства детей, не достигших 14 лет, а также недееспособных граждан, признанных таковыми судом;

в) попечители, назначенные для представительства детей в возрасте от 14 до 18 лет, а также лиц, ограниченных судом в дееспособности, в случаях когда данные лица не могут самостоятельно осуществлять какие-либо действия.

В соответствии со ст. 64 Семейного кодекса РФ **«Родители являются законными представителями своих детей** и выступают в защиту их прав и интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами, в том числе в судах, **без специальных**

полномочий». Осуществлять права и обязанности отец, а не только мать ребенка могут с момента его рождения, а это значит, что он вправе присутствовать уже на родах своего ребенка. Права человека и гражданина приобретаются ребенком в момент рождения, и, стало быть, родительские права и обязанности возникают в тот же момент.

Для семейных пар, брак которых зарегистрирован или расторгнут менее 300 дней назад, действует положение, согласно которому отец ребенка без специальных подтверждений может настаивать на реализации своих прав. В соответствии с ч. 1, 2 ст. 17 Федерального закона «Об актах гражданского состояния» отец и мать, состоящие в браке между собой, **записываются родителями в записи акта о рождении ребенка по заявлению любого из них.**

Если же брак не зарегистрирован, осуществление отцовских прав в родильном доме будет затруднительным, поскольку отцовство должно быть официально установлено.

Отец ребенка, так же как и мать, имеет право на доступ в медучреждение к своему ребенку без всякой доверенности, лишь на основании подтверждения женщиной, что он – отец.

Прикладывание ребенка к груди матери сразу после родов

Такой первый контакт на сегодняшний день многими специалистами считается очень важным как для налаживания психоэмоционального контакта между матерью и ребенком, так и для усиления иммунной системы новорожденного.

Платные или бесплатные роды

Напомним, что в соответствии со ст. 41 Конституции РФ медицинская помощь **в государственных и муниципальных учреждениях оказывается гражданам бесплатно**, поэтому говорить о платных родах в этих учреждениях вообще некорректно, и такая практика противозаконна.

Официально платно вам могут оказывать только сервисные услуги. В реальности же в России сейчас практически нет бесплатных родов: женщина платит либо коммерческой организации, либо лично врачу. Причем медицинские коммерческие организации заключают договоры на роды I и II категории, страховые организации также заключают договоры на роды, что, по существу, нарушает сам принцип страхования.

С правовой точки зрения оплата никак не изменяет ответственности врача: как при платных, так и при бесплатных родах он должен выполнять свои обязанности и квалификационные требования. Поэтому, если вы собираетесь оплачивать роды через коммерческую организацию или страховую компанию, вам стоит позаботиться о том, чтобы заключаемый договор содержал интересующие вас требования. Если же вы решили платить лично врачу без оформления сделки, помните, что хороший врач никогда не возьмет денег до родов.

В. Послеродовое отделение

Количество койко-мест в палате послеродового отделения

К сожалению, даже в очень хороших роддомах есть палаты, рассчитанные на 4–6 и более родильниц. В таких условиях ваш ребенок будет кричать вслед за остальными, а условия для отдыха и соблюдения санитарно-гигиенических норм весьма сомнительны. Но стоит учесть, что одноместные палаты тоже имеют свои недостатки: если женщине становится плохо, то позвать на помощь она может только при наличии кнопки вызова медсестры, которая, как известно, ночью тоже хочет спать...

Оптимальным вариантом является 2–3-местная палата.

Совместное пребывание матери и ребенка после родов

Раздельное пребывание матери и ребенка, введенное в советские времена, было обусловлено опасением внесения извне инфекции в роддом, на это до сих пор ссылаются многие врачи. Однако в последнее время все большее значение приобретают не инфекции, привнесенные в медучреждение, а устойчивые к антибиотикам госпитальные штаммы, формирующиеся в самом медучреждении. Поэтому разделение матери и дитя ничем не обосновано.

Проблема борьбы с ВБИ (внутрибольничной инфекцией) заключается в том, что новые штаммы⁴ появляются быстрее, чем фармакологи успевают разработать антибиотик, на них действующий, а также в том, что проводимая на данный момент санитарная обработка не гарантирует уничтожения инфекционных возбудителей.

Всех потряс случай ВБИ в родильном доме г. Красногвардейска, где из-за нарушения санитарно-эпидемиологических норм в 2003 году от госпитальной инфекции погибли шесть новорожденных. Гнойно-септические инфекции занимают первое место среди зарегистрированных случаев внутрибольничных инфекций и составляют около 45% от их общего числа. Официальной регистрации подлежат гнойно-септические осложнения, возникающие у новорожденных и родильниц, такие, как бактериальный менингит, сепсис, остеомиелит и перитонит новорожденных, сепсис и эндометрит у рожениц. Начиная с 1997 года в соответствии с приказом Минздрава России от 26.11.1997 г. № 345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» в медицинских учреждениях не только усиливаются меры санитарно-эпидемиологического контроля, но и введен принципиально новый для России режим пребывания в родильном доме и выписки из него: **для предотвращения риска заражения ВБИ рекомендовано совместное пребывание матери и ребенка, раннее прикладывание к груди со свободным вскармливанием, ранняя (на 2–4-й день) выписка из стационара.**

По мнению ряда специалистов, организм ребенка адаптирован к имеющимся у матери инфекционным возбудителям. Когда же новорожденный попадает домой, то к имеющимся там возбудителям у него вырабатывается специфический иммунитет, схожий с материнским. Кроме того, негоспитальная инфекция легче поддается антибактериальному лечению, госпитальные же штаммы (ВБИ) постоянно видоизменяются, приспосабливаясь ко все более новым поколениям антибиотиков, применяемых в стационаре. Борьба между фармацевтами и штаммами госпитальной инфекции идет на опережение. Так что чем раньше и больше ребенок общается с родителями, тем быстрее у него вырабатывается соответствующий иммунитет к имеющимся у них инфекционным возбудителям, чем меньше времени мать и ребенок проводят в родильном доме (отделении), тем меньше вероятность их заражения внутрибольничными инфекциями.

При совместном пребывании с новорожденным мать видит все, что происходит с ее ребенком, может самостоятельно выбирать режим кормления, и, конечно же, для нее и ее малыша первые часы и дни, проведенные вместе, будут бесценными.

2.1.6. Соблюдение норм нормативных правовых актов

Важно знать

- *Не применяются ли в родильном доме неразрешенные препараты?*

Согласно ст. 43 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» и Федеральному закону «О лекарственных средствах» в России используются только разрешенные к применению методы диагностики и лечения, лекарственные средства.

⁴ Штамм – чистая культура микроорганизма, обладающая специфическими свойствами, отличающими ее от других представителей того же вида.

К сожалению, в некоторых родильных домах России в последнее время с целью родо-возбуждения используют препарат «Сайтотек», который сейчас разрешен к применению только в области гастроэнтерологии для лечения язвенной болезни. Поскольку препарат не прошел соответствующих клинических испытаний в области акушерства-гинекологии, его безопасность и эффективность для родовспоможения не доказаны, применение является противозаконным и опасным для жизни и здоровья матери и ребенка.

Новорожденным в роддомах повсеместно применяют антибактериальный препарат «Цефазолин», не разрешенный к применению детям до 1 месяца, поскольку его безопасность и эффективность для этой возрастной группы также не доказаны.

Данные препараты используют в силу их дешевизны. Поэтому, если вы остановились на родильном доме, где применяют такие препараты, оговорите заранее, какие лекарственные средства, разрешенные к применению, вам необходимо приобрести самостоятельно.

• *Соблюдаются ли иные нормы законодательства?*

Информируют ли женщину о том, какие диагностические и лечебные мероприятия (в частности, какие лекарственные препараты) собираются применить ей и ее ребенку? Часто в родильном доме женщина сталкивается с ситуацией, когда ей или ребенку применяют лекарственные средства или делают манипуляции без разъяснения того, что и для чего делается.

Следует заметить, что вопрос пациентки: «Что вы мне колете?» – порой может спасти ей жизнь, поскольку иногда медсестры путают флаконы с лекарствами и вместо назначенного врачом препарата могут ввести что-то иное.

При этом во многих родильных домах сегодня используют письменную форму согласия женщины на все возможные беды (вплоть до смертельного исхода), которые могут произойти в результате медицинского вмешательства. Многие женщины, подписавшие такую форму и пострадавшие от некачественно оказанной им медицинской помощи, считают, что уже не вправе отстаивать свои интересы. Это не так. Даже письменная форма согласия на медицинское вмешательство без полноценной, научно обоснованной, изложенной доступным языком информированности пациента не имеет юридической силы.

К сожалению, в нарушение ст. 30 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» отношение медперсонала к пациенткам порой сложно назвать «уважительным и гуманным».

Женщине во время родовых схваток не всегда облегчают боль, хотя это также предусмотрено законом.

• *Предоставляется ли женщине право выбора альтернативных методов лечения ?*

Согласно ст. 23 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается специализированной медицинской помощью в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья граждан, а также за счет иных источников, не запрещенных законодательством РФ. При этом возможные методы медицинского вмешательства указаны в отраслевых стандартах, которые являются стандартами объемов обследования и лечения при установленном диагнозе. В соответствии со стандартами на оказание медицинской помощи врач не вправе осуществить комплекс диагностических и лечебных процедур объемом менее установленного стандарта. ***Но выбор метода медицинского вмешательства не является прерогативой врача, он может лишь рекомендовать возможные варианты.***

Согласно ст. 31 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, ***возможных вариантах медицинского вмешательства***, их последствиях и результатах проведенного лечения. А в соответствии со ст. 32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья

граждан» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Таким образом, ***согласие на медицинское вмешательство пациент может дать, лишь согласившись на один из возможных предложенных ему вариантов лечения и только после надлежащего информирования.***

Выбор врачом метода медицинского вмешательства без информирования гражданина и (или) его добровольного согласия можно рассматривать в соответствии со ст. 980 ГК РФ как действие в чужом интересе без поручения. Такие действия должны совершаться исходя из очевидной выгоды или пользы для лица, в отношении которого они совершаются, и с необходимой по обстоятельствам дела заботливостью и осмотрительностью. В этом случае лицо, действующее в чужом интересе без поручения и без согласия заинтересованного лица, принимает на себя ответственность за последствия совершенного действия, поскольку действовало вопреки волеизъявлению заинтересованного лица, в данном случае пациента.

Статья 981 ГК РФ предусматривает, что лицо, действующее в чужом интересе, обязано при первой возможности сообщить о своих действиях заинтересованному лицу и выждать в течение разумного срока его решения об одобрении или неодобрении предпринятых действий.

Проведение медицинского вмешательства и, соответственно, выбор метода медицинского вмешательства без информированного добровольного согласия гражданина в соответствии со ст. 32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» возможно только в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно. Вопрос о проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает его законный представитель, при его отсутствии – консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения. Добавим:

Пациентка К.

У пациентки К. имелся крупный плод в тазовом предлежании. Несмотря на это врачи не предложили ей выбора между операцией «кесарева сечения» и родоразрешением через естественные родовые пути. Они самостоятельно приняли решение о родовспоможении по методу Цовьянова – ручном пособии по извлечению плода из матки, – нарушив тем самым ее право на выбор метода родовспоможения. Ребенок после такой помощи врачей стал инвалидом с серьезным поражением ЦНС⁵.

Мы не призываем, чтобы женщина самостоятельно, ориентируясь на свою интуицию и некоторые знания в акушерстве, принимала решение о методе медицинского вмешательства. Однако мнение женщины необходимо учитывать не только потому, что это требование закона. ***В российском акушерстве бытует позиция, что в родах всегда надо спасать женщину, а потому врачи при родовспоможении не акцентируют своих усилий на спасении ребенка – не это является для них главной целью.*** На это указывают российские показатели смертности и осложнений у новорожденных, превышающие таковые в развитых странах в несколько раз. Женщина вполне осознанно может выбрать тот метод медицинского вмешательства, при котором риск для нее будет значительно выше, чем для ребенка. И она имеет на это право!

⁵ Центральная нервная система.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.