

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М.БЕХТЕРЕВА

---

**Правовые основы организации  
психотерапевтической помощи в условиях  
первичной медицинской сети**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург  
2011

## АННОТАЦИЯ

В методических рекомендациях представлен алгоритм определения уровня правовых знаний у врачей общей практики (ВОП), оказывающих психотерапевтическую помощь, проанализировано юридическое обеспечение психотерапии, разъяснены особенности реализации правовых норм при организации и оказании психотерапевтической помощи в условиях первичной медицинской сети.

Последовательно рассмотрены все основные аспекты, которые должен знать и учитывать врач общей практики в лечебных взаимодействиях с больными, при которых составной частью лечения являются психотерапевтические методы: общее нормативно-правовое регулирование и задачи врача общей практики; правовые основы получения данных для постановки клинико-психотерапевтического диагноза; правовые нормы сообщения пациенту диагноза; правовые нормы информированного согласия и врачебной тайны при оказании психотерапевтической помощи; правовые нормы гражданского правового договора на оказание психотерапевтической помощи и психотерапевтического контракта; правовые основы проведения психотерапии, в том числе при сочетании ее с психофармакотерапией.

Методические рекомендации предназначены врачам общей практики, психотерапевтам, психиатрам и клиническим психологам.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

Авторы: доктор медицинских наук, профессор В.А. Абабков, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник А.В. Васильева, младший научный сотрудник Т.С. Вьюнова, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Т.А. Караваева, доктор медицинских наук, профессор Б.Д. Карвасарский, доктор медицинских наук Е.И. Чехлатый.

## ВВЕДЕНИЕ

Изменение социально-экономических условий в нашей стране, последовавшая за этим перестройка здравоохранения, в том числе оказание медицинской помощи населению на бюджетной и коммерческой (хозрасчетной) основе, техническое усложнение медицинской помощи в ряде областей здравоохранения резко повысили роль правового обеспечения организации помощи, оказываемой в первичной медицинской сети врачами ВОП.

Это касается во многом психотерапевтической помощи, которая ввиду возрастающей роли биопсихосоциальной парадигмы в медицине становится неотъемлемой стороной повседневной деятельности ВОП, в значительной степени определяющей эффективность его работы, особенно при психогенных и психосоматических заболеваниях.

Все большее внимание придается правовому регулированию и задачам врача общей практики. Причем это относится к различным этапам его работы: от сбора анамнеза, установления диагноза и сообщения его больному, правовым основам проведения лечения, врачебной тайны, информированного согласия и др.

В настоящее время одними из важнейших квалификационных требований, предъявляемых ВОП как к специалисту, являются владение основами законодательства по охране здоровья населения, знание структуры и основных принципов здравоохранения, прав и обязанностей, ответственности, знание и соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии, что отражено в приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.08.1992 № 237 «Положение о враче общей практики (семейном враче)».

Однако сегодня в Российской Федерации среди ВОП уровень знаний в области правового регулирования психотерапии крайне низкий, что может приводить не только к нарушению прав пациента, но и к незащищенности самого врача. Всего не более 12% ВОП хорошо знают действующие нормативно-правовые акты, умеют правильно применять закрепленные в них юридические нормы, и около 80% врачей имеют очень общие, поверхностные представления об особенностях правового регулирования психотерапии.

В настоящих методических рекомендациях представлен алгоритм обеспечения необходимого уровня правовой подготовки ВОП, оказывающих психотерапевтическую помощь.

На первом этапе с помощью специализированной анкеты оценивается уровень правовых знаний у ВОП в области организации и

оказания психотерапевтической помощи, выявляются пробелы, ошибочные представления. С учетом полученных данных в программу обучения и подготовки специалистов включается изучение необходимых нормативно-правовых актов, юридических понятий, особенностей применения норм при оказании психотерапевтической помощи.

Данные методические рекомендации посвящены анализу основных юридических механизмов и правовых пробелов в обеспечении оказания психотерапевтической помощи ВОП и могут использоваться для обучения и подготовки специалистов в этой области.

## **СОДЕРЖАНИЕ ОСНОВНЫХ ПРАВОВЫХ АСПЕКТОВ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ ВЗАИМООТНОШЕНИИ ВОП И БОЛЬНОГО В ХОДЕ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПСИХОТЕРАПИИ**

### *Нормативно-правовое регулирование и задачи врача общей практики*

Несовершенство нормативно-правового регулирования в области психотерапии в целом и использования психотерапии в деятельности ВОП, в частности, обусловлено рядом причин. В первую очередь, к ним относятся различное понимание специалистами содержания самого понятия психотерапия, сочетание медицинских, психологических, антропологических, философских и др. установок, а также чрезвычайно широкий спектр её применения. Трудности определения предмета психотерапии накладывают отпечаток на проблемы правового регулирования данной области. В русскоязычной литературе принятым является определение психотерапии как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного. Будучи методом лечения, психотерапия традиционно входит в компетенцию медицины, что означает регулирование ее соответствующими нормативно-правовыми документами при использовании во врачебной деятельности.

ВОП, имеющий юридическое право оказывать многопрофильную амбулаторную медико-социальную помощь населению в рамках первичной медико-санитарной помощи, использует психотерапию в комплексном решении задач, входящих в его компетенцию при лечении соматических, психосоматических и некоторых психических расстройств.

Специальность и должность ВОП были введены в номенклатуры врачебных специальностей и врачебных должностей в учреждениях здравоохранения и утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.08.1992 № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». Данным нормативным правовым документом были определены обязанности, права, ответственность, квалификационные требования, типовой учебный план и программа подготовки специалиста с высшим образованием по специальности «врач общей практики (семейный врач)».

Регулирование применения психотерапии в общеврачебной практике обеспечивается нормативно-правовыми документами, являющимися базовыми для российского здравоохранения и содержащими основные нормы и принципы охраны здоровья, организации и оказания медицинской помощи населению. Сюда в первую очередь входят нормативно-правовые акты международного уровня, преимущественно закрепляющие права и свободу человека, пациента. К ним относятся «Всеобщая декларация прав человека» 1948 г.; Лиссабонская декларация «О правах пациентов», принятая в 1981 г 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеей; Декларация «О правах человека и свободе личности практикующих врачей» 1985 г., 1986 г.; Декларация «О независимости и профессиональной свободе врача» 1986 г., и другие.

Наибольшее значение для психотерапии имеют международные акты в сфере защиты психического здоровья. Сегодня всеми странами признается, что все случаи нарушения прав и свобод граждан, страдающих психическими расстройствами, являются существенным аспектом правозащитной деятельности. Организацией Объединенных Наций 17 декабря 1991 г. утверждены «Принципы защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи» (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН № 46/119).

Высшим законодательным актом в Российской Федерации является Конституция Российской Федерации, в которой закреплён приоритет прав и свобод человека. Основы взаимоотношений между каждым человеком и государством в области здравоохранения определяются положением ст. 41 Конституции о том, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Важнейшим нормативным правовым актом, оказавшим революционное воздействие на дальнейшее формирование системы

здравоохранения в стране, стали приняты в 1993 г. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». В Основах сформулированы принципы охраны здоровья граждан, организации и управления здравоохранением, права граждан при оказании им медико-социальной помощи, обязанности и права медицинских работников, определена ответственность за причинение вреда здоровью.

Необходимо учитывать, что психотерапия имеет собственную выраженную специфику, которая заключается в ее интердисциплинарном характере, особенностях контингента пациентов, многообразии концепций, подходов и методов, содержании психотерапевтического процесса в обширных сферах применения. Поэтому следует выделить блок нормативных правовых документов, которые содержат нормы, имеющие непосредственное отношение к оказанию психотерапевтической помощи.

Специальным законодательным актом, обеспечивающим нормативно-правовое регулирование психотерапевтической деятельности, учитывая ее генетическую связь с психиатрией и близость к ней во многих лечебных и организационных аспектах, является Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185 — 1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Понятие «психотерапия» и правовые нормы, специально регулирующие оказание психотерапевтической помощи, в настоящем документе отсутствуют. Однако очевидно, что пациентам, нуждающимся в психотерапевтической помощи, должны предоставляться все права и гарантии, закрепленные данным законодательным актом.

Непосредственное нормативно-правовое регулирование психотерапевтической помощи в стране осуществлялось и продолжает осуществляться на уровне ведомственных подзаконных нормативных правовых документов. В настоящее время основным специальным нормативным правовым документом, регулирующим оказание данного вида помощи в стране, является приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи». В настоящее время оценка положений данного приказа со стороны врачей и юристов неоднозначна и сводится к тому, что они не решают в полной мере насущных задач психотерапии. В указанных Положениях не дано определения психотерапевтической деятельности, ее основных принципов, не определе-

ны возможные виды и порядок оказания психотерапевтической помощи, не представлено содержание психотерапевтического процесса. Приказом не утвержден порядок взаимодействия врача и психолога, он также не содержит норм, регулирующих использование психотерапии в деятельности ВОП.

Перечисленные недостатки в значительной мере обусловлены тем, что в настоящее время не существует единого общепринятого научного определения психотерапии и ее содержания. Следовательно, действие приказа должно распространяться на все методы психотерапии и научные теории, которые реализуются на практике.

Вместе с тем, списка разрешенных и утвержденных законодательством психотерапевтических методов, разрешенных для использования, не существует. Создание такого перечня методов затрудняется тем, что оценка их эффективности очень сложна. Причиной этого являются не только различия в теоретических подходах к пониманию целей, задач и механизмов терапевтического процесса, но и недостаточно четкое определение критериев эффективности.

Анализируя представленные нормативные правовые и методические документы в целом можно говорить о том, что современное нормативно-правовое регулирование психотерапии является недостаточно системным, имеет пробелы и не отражает специфики этой медицинской дисциплины.

### *Правовые основы информированного согласия при оказании психотерапевтической помощи*

Необходимым предварительным условием психотерапии, как любого медицинского вмешательства, является информированное согласие гражданина, под которым понимают добровольное, компетентное принятие пациентом предложенного варианта лечения, основанного на получении им полной, объективной и всесторонней информации относительно предстоящего лечения, его возможных осложнений и альтернативных методах лечения. На основе нормативного определения, а также используя общие принципы медицинского права, можно выделить следующие критерии правомерности согласия пациента на медицинское вмешательство: информированность, добровольность, компетентность.

Информированность подразумевает под собой предоставление врачом перед проведением психотерапии пациенту информации о

сути и содержании применяемого метода. ВОП целесообразно обсудить с пациентом в доступной для него форме следующие вопросы:

- что такое психотерапия и в каких случаях она проводится; в чем будет состоять предлагаемое лечение (процедура);
- цели и задачи проводимой психотерапии;
- прогноз заболевания с лечением и без него с указанием, какие конкретно изменения могут произойти;
- охарактеризовать риски и выгоды рекомендуемых мер, подчеркнув степень опасности неблагоприятных исходов;
- указать на альтернативные методы лечения (процедуры) данного заболевания, также охарактеризовав риски, опасность неблагоприятных исходов;
- разъяснить вероятные трудности и длительность периода лечения и реабилитации, возможность и сроки возврата пациента к нормальному для него объему деятельности;
- предоставить прочие сопутствующие сведения в форме ответов на вопросы, исходя из личного профессионального опыта, методических разработок, данных научной литературы и т.п.

Однако, учитывая состояние пациента, страдающего психическим расстройством, а также необходимость преодоления сопротивления, недостаточную информированность населения вообще о психотерапии, невозможность за короткое время полно и всесторонне донести до пациента суть психотерапевтического воздействия, часто не удается добиться в полной мере реализации данного требования.

Добровольность как второй необходимый критерий информированного согласия подразумевает принятие пациентом решения в отсутствии внешних факторов, которые свидетельствовали бы о недобровольности такого согласия.

Добровольность принятия решения на практике тоже может быть ограничена. В законодательных актах прямо перечислены основания недобровольного оказания медицинской помощи. В то же время пациенты, нуждающиеся в психотерапии, часто имеют нарушения в системе отношений с окружающими. В тех семьях, для которых характерно наличие симбиотических связей или имеется зависимое положение пациента, решение о необходимости лечения часто принимают родственники больного, а сам он, не желая обращаться за помощью, вынужден с ними соглашаться. В других случаях пациент, перекладывая решение о предстоящем лечении на врача, поскольку в



силу своих личностных особенностей, инфантильности, неуверенности в себе, обуславливающих трудности принятия решений, нуждается в патерналистском отношении врача.

Формы выражения информированного согласия пациента на психотерапию как на вид медицинского вмешательства сводятся к двум вариантам — устному и письменному. Письменное согласие более предпочтительно. Однако форма письменного согласия не определяется. Следовательно, оно может быть оформлено в виде записи врача в медицинском документе, удостоверенной подписью пациента или его законного представителя, распиской, данной пациентом или его законным представителем, письменной просьбы, заявления или специального формуляра, приобщенного к медицинской документации. Запись в медицинской документации (амбулаторной карте, истории болезни) о предоставленной пациенту информации имеет правовое значение и должна содержать конспективное изложение как сообщенных сведений, так и реакции на них пациента.

### *Правовые основы гражданского правового договора на оказание психотерапевтической помощи и психотерапевтического контракта*

После завершения диагностического этапа, определения вида и объема необходимой помощи для достижения согласия и взаимопонимания между врачом и пациентом может заключаться гражданский правовой договор и психотерапевтический контракт.

Договор — это универсальный вариант регулирования отношений, где есть возможность отразить все необходимые данные о правовом статусе участников. В качестве конкретного вида гражданско-правового договора, связанного с оказанием медицинской помощи, используется договор возмездного оказания услуг, предусмотренный ст. 779 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Пациент, обращающийся за платной психотерапевтической помощью в учреждение, имеющее право на ее оказание, заключает договор об оказании медицинских услуг. Такой договор должен содержать наименование сторон — лечебное учреждение и нуждающийся в психотерапевтической помощи человек, предмет договора — проведение психотерапии, срок, финансовые обязательства сторон — порядок, формы, способы, время оплаты, ответственность

сторон, как пациента, так и врача, срок действия, порядок изменения условий и расторжения договора, дополнительные условия и юридические адреса сторон.

При оказании психотерапевтической помощи, учитывая высокую роль индивидуальных факторов, значение личности пациента и врача, специфику терапевтических задач, возникает необходимость более подробно определять правила взаимодействия, цели, роль и ответственности каждого участника психотерапевтического процесса. Для этих целей во многих направлениях психотерапии существует понятие «психотерапевтического контракта», заключение которого между лечащим врачом и пациентом является одной из стадий психотерапевтического процесса. Естественно, этот термин с правовой точки зрения некорректен, но он традиционно используется в психотерапии, чтобы подчеркнуть специфический характер добровольно принятых взаимных правил взаимодействия пациента и врача, оказывающего психотерапевтическую помощь.

«Психотерапевтический контракт» — это ясно сформулированное соглашение между пациентом и врачом о совместной работе, цель которого определить границы и организационную структуру взаимодействия, нормы безопасности и взаимную ответственность. Однако приравнивать «психотерапевтический контракт» к договору оказания медицинских услуг было бы не верно. Каждый из них, регулируя в чем-то сходные элементы взаимоотношений, выполняет свои задачи.

Содержание «психотерапевтического контракта» может быть различным для каждого пациента, поскольку ориентируется на его индивидуальные особенности, симптоматику, межличностные проблемы.

Также определяются организационные аспекты работы — как часто врач встречается с пациентом, какова продолжительность этих встреч, оговариваются последствия неприхода пациента на запланированную сессию, правила поведения в кабинете.

Таким образом, учитывая многоплановый характер психотерапии, оценивая ее, с одной стороны, как способ лечения, медицинскую услугу, с другой, как сложноорганизованный контакт врача и пациента, можно говорить о необходимости сочетания договорных гражданско-правовых регуляторов и специфических психотерапевтических феноменов, определяющих условия оказания психотерапевтической помощи и ее безопасности.

## *Правовые основы получения данных, необходимых ВОП, для постановки больному диагноза*

Основной задачей в качестве первого этапа психотерапевтической помощи населению в рамках деятельности ВОП является консультативно-диагностическая работа, позволяющая выявить виды патологии, требующие амбулаторной психотерапии, определить тяжесть заболевания, при необходимости организовать дополнительные клинико-лабораторные исследования. Этот этап может включать консультации пациента у других специалистов или оказания специализированной медицинской помощи, а также направление больного на стационарное лечение.

В своей работе ВОП должен учитывать ряд положений, которые часто вызывают сложности в профессиональной деятельности.

В первую очередь это работа с так называемыми пациентами «медицинского лабиринта», часто обращающихся к ВОП, то есть больными, которые в силу особенностей своего заболевания и личностных характеристик многократно посещают различных специалистов, проходят многочисленные обследования, но так и не получают адекватной медицинской помощи, а иногда даже правильного диагноза. Функциональный характер невротических расстройств или выраженная ипохондризация при психосоматических заболеваниях, отсутствие позитивных изменений в ходе нередко длительного лечения, снижение работоспособности, субъективно выраженные страдания пациента, значительно ухудшающие качество его жизни и увеличивающие его социальную дезадаптацию, нередко вызывают сомнение у пациента относительно правильности диагностики и лечения, в результате чего он стремится собирать и сопоставлять различные мнения специалистов. Врачи соматического профиля нередко затрудняются в определении таких заболеваний и направляют «неясных больных» к различным специалистам, не имеющим отношения к этим расстройствам, и пациенты включаются в так называемый «большой медицинский круг». Часто до начала оказания необходимой психотерапевтической помощи проходит длительное время, иногда годы, что приводит к утяжелению и хронизации состояния. Пациенты, имеющие ипохондрические, тревожные черты, фиксированные на самочувствии и ощущениях, испытывающие страх за свое здоровье, навязчивую боязнь какого либо заболевания, нередко настаивают на проведении различных обследований, в том числе тех, которые далеко не всегда безопасны.

В некоторых случаях инициаторами обращения к специалисту становятся родственники, а сам пациент, не считая себя больным или не желая обращаться за помощью, вынужден с ними соглашаться, занимая пассивную позицию. В такой ситуации юридически закрепленный принцип добровольного согласия на проведение обследования и оказания медицинской помощи реализуется формально. Это отражается в первую очередь в низком уровне мотивации на психотерапию, отсутствии необходимого сотрудничества, а иногда и в манипулятивном поведении. Такие пациенты часто уже во время первого интервью выглядят дистанцированными, односложно, формально отвечают на вопросы, спонтанная речь, как правило, отсутствует, что значительно затрудняет оценку и диагностику состояния. От ВОП требуется проявление интереса и теплоты, достаточная уверенность в себе, а установление терапевтического контакта с пациентами может занимать много времени.

Иногда в поле зрения ВОП попадают пациенты с последствиями самодеструктивного поведения в виде самопорезов, ожогов, передозировки лекарственных средств или последствий несчастных случаев, из-за лихой езды или занятий опасными видами спорта, к чему они прибегают, чтобы справиться с чувством внутренней пустоты. Наличие шрамов и рубцов, следов от прижиганий на теле при объективном осмотре должно насторожить ВОП относительно того, не страдает ли пациент тем или иным психическим расстройством и обязывает врача определить может ли пациент быть опасным для себя или для окружающих, что согласно Закону «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» является основанием для недобровольной госпитализации в психиатрический стационар. В этом случае пациента необходимо передать психиатрической медицинской службе.

В законодательном порядке запрещена диагностика психических расстройств, основанных только на несогласии граждан с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на других причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья. Данное положение закона является отражением общепринятой международно-правовой нормы, которая включена в медицинское законодательство большинства стран.

В соответствии с требованиями, закрепленными в статье 10 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гаран-

тиях прав граждан при ее оказании», диагноз психического расстройства ставится «в соответствии с общепризнанными международными стандартами». На практике это достигается применением Международной классификации болезней, в которой содержатся определенные критерии для выделения и распознавания различных форм патологии. В настоящее время в нашей стране используется Международная Классификация Болезней 10-го пересмотра (МКБ — 10), адаптированная для Российской Федерации в 1998 году.

Установление диагноза невроз или любого другого психического расстройства должно осуществляться ВОП совместно с другими специалистами. Статья 20 Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» закрепляет, что установление диагноза психического заболевания является исключительным правом врача-психиатра, а заключение врача другой специальности, в том числе и ВОП, в данном случае носит предварительный характер. Учитывая сложность диагностики и высокую цену возможной ошибки такая предосторожность законодателя представляется вполне оправданной. Предварительный диагноз не может служить основанием для оказания помощи в недобровольном порядке и решением других вопросов, связанных с ограничениями или, напротив льготами, предусмотренными Законом в отношении таких лиц, но не означает, что ВОП не может оказывать помощь пациенту. При лечении больного ВОП может основываться либо на собственном предварительном диагнозе, либо на диагнозе, определенном врачом специалистом (психиатром или психотерапевтом).

### *Правовые основы проведения психотерапии*

Относительно регулирования оказания психотерапевтической помощи в рамках деятельности ВОП следует отметить, что не существует отдельного нормативного правового документа, в котором были бы специально оговорены порядок ее оказания, права пациента, обратившегося к врачу за психотерапевтической помощью, права и обязанности врача, который ее проводит. Поэтому эти элементы необходимо рассматривать с позиции общих прав лиц, обращающихся за медицинской помощью, в их преломлении к реальным отношениям, возникающим в процессе проведения психотерапии.

Одним из законодательно закрепленных прав пациентов при оказании медицинской помощи является выбор врача, в том числе и

лечащего, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения. Важность этого принципа в психотерапии определяется основополагающей ролью личности врача в психотерапевтическом процессе. Для эффективного лечения необходимо создание терапевтического альянса, основанного на доверительном контакте между пациентом и врачом.

Одним из основных технических приемов в психотерапии является конфронтация — предъявление пациенту или группе неосознаваемых или амбивалентных установок, отношений или стереотипов поведения с целью их осознания и проработки. Конфронтация может проводиться в прямой (жесткой, вербальной) форме и вызывать у пациентов негативные переживания в виде злости, гнева, обиды, тревоги, растерянности. Неосознаваемый характер представлений способствует возникновению у пациента чувства несправедливости, представления о непонимании и неуважении со стороны врача. Однако в этих случаях нет оснований говорить о каком-либо нарушении границ в терапевтических отношениях, а, следовательно, и прав пациента, если адекватным образом используются положения Закона об информированном согласии пациента на проведение психотерапии.

Серьезные нарушения межличностных границ между врачом и пациентом неэтичны и в юрисдикциях некоторых стран противозаконны. В законодательстве Российской Федерации отдельных юридических норм, устанавливающих правовую профессиональную ответственность за эти нарушения, пока не предусмотрено. Однако большинство профессиональных организаций считают нарушения границ неэтичными, и четко формулируют это в своих этических кодексах или в кодексах профессионального поведения.

ВОП при проведении лечения необходимо избегать следующих, наиболее часто встречающихся нарушений психотерапевтических границ: обращение друг к другу по имени; чрезмерное самораскрытие психотерапевта; установление специальных льготных платных условий; деловые отношения, выходящие за рамки терапевтических договоренностей; прикасания или частые крепкие объятия, дружеские, сексуальные отношения с пациентом и др.

Иногда имеет место такой феномен как уход от врача или частая смена пациентом лечащего психотерапевта, в основе которого лежит непринятие пациентом позиции врача, неготовность осознавать истинные причины своего расстройства, несогласие с оценками своего поведения, искажение картины болезни, условная выгодность

невротической симптоматики и т. д. В таком случае пациент начинает искать не специалиста, который будет воздействовать на патогенетические основы расстройства, а того, который станет соглашаться с ним, оправдывать его и высказывать суждения, которые он хочет услышать, несмотря на неэффективность такого подхода.

Современное медицинское законодательство позволяет не только пациенту отказываться от наблюдения конкретного врача, но, в некоторых случаях, сам лечащий врач может отказаться от лечения больного, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. Данная законодательно закрепленная гарантия безопасности может применяться с согласования вышестоящего должностного лица (заведующего отделением, главного врача и пр.) в случаях невыполнения больным целесообразных предписаний врача, или правил внутреннего распорядка лечебно-профилактического учреждения. Учитывая возможные личностные и поведенческие нарушения у ряда больных, нуждающихся в психотерапевтической помощи, актуальность этой правовой нормы достаточно высока. При возникновении подобной ситуации необходимо подробно и грамотно оформить запись в медицинской документации с указанием дат, времени, обстоятельств и свидетелей нарушения лечения.

Непростой ситуацией в ходе психотерапии может стать реализация законного права пациента на непосредственное ознакомление с медицинской документацией. Прочтение, например, данных о своем психическом состоянии явно не всегда способствует сохранению доверительных отношений между врачом и пациентом и установлению терапевтического контакта. Наличие непонятных медицинских терминов в записях о результатах обследования может способствовать усилению тревоги, беспокойства, поэтому врачу целесообразно своевременно давать пациенту необходимые разъяснения.

В ходе психотерапевтического лечения возможно возникновение или усугубление состояний, сопровождающихся мыслями о самоубийстве, суицидальной готовностью. ВОП необходимо очень внимательно относиться к риску суицида и быть настороженным в отношении любых депрессивных переживаний, входящих в клиническую картину большого спектра расстройств. Уголовным законодательством предусмотрена ответственность за халатность, применимая к лечащему врачу в ряде ситуаций.

Законным правом пациента является его отказ от медицинского вмешательства. Нередко подобный отказ может приводить к от-

рицательным последствиям для состояния здоровья пациента, например, при резкой отмене больших доз медикаментозных препаратов, часто опасной для здоровья. Поэтому врачом должны быть подробно, в доступной форме разъяснены возможные последствия отказа. Отказ должен быть обязательно представлен в письменной форме, чаще он оформляется записью в медицинской документации с подписью пациента и медицинского работника.

Таким образом, при оказании психотерапевтической помощи пациенту должны предоставляться все права, которые предусмотрены общемедицинским законодательством, однако существуют ситуации, возникающие в результате проявления личностных особенностей и характера расстройств у пациента, применения специфических психотерапевтических методов и приемов, когда возникает режим «временного ограничения прав». В настоящее время актуальна необходимость нормативно закрепить правовые гарантии обеспечения соблюдения прав пациента и его личной безопасности, к которым, в том числе, могут относиться высокий профессиональный уровень ВОП, оказывающего психотерапевтическую помощь, отбор разрешенных методик, основанный на научно-методологической оценке, возможность принятия комиссионных решений, строгое соблюдение принципа информированного согласия и другие.

### *Правовые нормы сообщения пациенту диагноза (предоставления пациенту информации о состоянии здоровья)*

1. Пациент имеет законное право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения («Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»).

2. Обязанность врача предоставить больному информацию закреплена законодательно и врач не может отказать пациенту в реализации этого права. В случае отказа в предоставлении информации или предоставления неполной информации предусмотрена уголовная ответственность в соответствии со ст. 140 Уголовного кодекса Российской Федерации – «Отказ в предоставлении гражданину информации».



3. Законом предусмотрена возможность пациенту определить круг лиц, которому может быть сообщена информация о его здоровье. В целях предупреждения возможных конфликтных ситуаций предпочтительно предоставить больному возможность в медицинской документации самостоятельно письменно указать, каким лицам можно сообщать информацию о его здоровье.

4. Определение «доступной формы» медицинской информации и лицо ее определяющее законом строго не регламентируется. Врач самостоятельно определяет, в каком виде предоставлять пациенту информацию, исходя из духа правовых норм, собственных этических представлений и профессионального опыта.

5. Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» указывается, что для лиц, страдающих психическими расстройствами, информация о характере имеющихся у пациентов психических расстройств и применяемых методах лечения предоставляется не только в «доступной форме», но и «с учетом их психического состояния». Таким образом, врач не вправе полностью отказать пациенту в медицинской информации, но может оставить определение формулировок и объема сообщаемой информации за собой.

6. Информация, сообщаемая пациенту должна быть правдивой.

### *Правовые нормы врачебной тайны*

1. В соответствии с современным законодательством в понятие врачебной тайны входит сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при обследовании и лечении.

2. Реализация юридических норм относительно врачебной тайны не зависит от того, обращался ли пациент по направлению другого медицинского учреждения или пришел самостоятельно, а также от формы собственности учреждения (частное или государственное).

3. Не имеет значения обращался или не обращался пациент к врачу с просьбой держать в тайне какие-то сведения, заботится ли пациент об охране определенных сведений или относится к их разглашению безразлично.

4. ВОП, оказывающему психотерапевтическую помощь, целесообразно прояснить все нюансы, связанные с конфиденциальностью, и гарантировать пациенту, что сведения, полученные в ходе беседы

или зафиксированные в медицинской документации, не будут преданы огласки. Обсуждение этого вопроса не только способствует правдивости и откровенности во взаимоотношениях врача и пациента, защищает имидж самого врача, но и является реализацией законодательно закрепленного требования о необходимости подтверждения пациенту гарантии конфиденциальности передаваемых им сведений.

5. При оказании семейной, групповой психотерапии важно заранее оговаривать с членами группы, участвующими в терапии, тот объем информации, который может быть передан партнерам или членам группы, даже при наличии риска, что ограничение доступности информации по желанию одного из пациентов может привести к снижению эффективности терапии.

6. При проведении групповой психотерапии информация о жизни и состоянии пациента становится известна не только врачу, но и всем членам группы. Задачей врача является объяснение участникам терапии важности соблюдения «правила конфиденциальности», предупреждение о возможности наступления негативных последствий при его нарушении.

7. В своей деятельности ВОП часто сталкивается со сложными клинико-терапевтическими проблемами, для разрешения которых нередко возникает необходимость консультации врача со своими коллегами. В этом случае он обязан получить устное или письменное разрешение на разглашение сведений личного характера, полученных в ходе психотерапии в оговоренном объеме у своего пациента.

8. Врачу необходимо обеспечить достаточный контроль за всей медицинской документацией и исключить ее попадание лицам, не обладающим правом законного доступа к ней.

9. При оформлении листка нетрудоспособности сведения о диагнозе заболевания вносятся лишь с согласия пациента, а в противном случае указывается только причина нетрудоспособности. Ведомственными нормативными актами предусмотрена также возможность использования при оформлении медицинских документов специальных печатей или штампов медицинского учреждения без указания его профиля.

10. Врач не может давать юридическую оценку деяний своих пациентов, поэтому при контактах с представителями правоохранительных органов ему следует проявлять разумную осторожность во избежание преждевременного разглашения врачебной тайны, при-

чинения вреда себе или пациенту. Статья 61 Федерального Закона «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» допускает предоставление сведений, составляющих врачебную тайну по узкому перечню оснований, в том числе «по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством».

11. Столкнувшись с необходимостью законного раскрытия тайны пациента врачу неэтично скрывать это обстоятельство и свои мотивы нарушения тайны от самого пациента, при этом возможно предупредить пациента заранее, никак не ограничивая степень его свободы, так как милицейские функции находятся вне компетенции врача. От этого морального требования врача может освободить только необходимость сохранения тайны предварительного расследования после предусмотренного законом официального предупреждения (дача подписки).

12. «Мыслепреступление», фантазии пациента не являются реальным преступлением или иным противоправным действием, что освобождает врача от необходимости нарушения врачебной тайны ввиду отсутствия факта самого преступления. Несообщение врачом сведений о болезненных фантазиях пациента, о мысленно подготавливаемом им преступлении, какой бы характер оно не носило, в случаях его реализации не может быть признано соучастием в преступлении ввиду отсутствия признака совместных действий.

13. Во всех случаях, кроме предусмотренных законом, за разглашение сведений, составляющих врачебную тайну медицинские работники несут дисциплинарную, административную (ст. 13.14. Кодекса Российской Федерации об административных нарушениях «Разглашение информации с ограниченным доступом») или уголовную (ст. 137 Уголовного Кодекса Российской Федерации — «Нарушение неприкосновенности частной жизни») ответственность в соответствии с действующим законодательством. Кроме того, в случае предъявления иска может встать вопрос о возмещении причинённого пациенту морального вреда.

### *Правовые нормы психотерапии и психофармакотерапии в практической работе ВОП*

1. Сообщая пациенту о методах лечения, врач должен дать подробные разъяснения о планируемом применении лекарственных пре-

паратов, каковы цели их назначения и механизмы воздействия, взаимодействие с другими препаратами, возможные побочные явления.

2. Необходимо заранее оговорить длительность применения средств и особенности их отмены.

3. Назначая психотропные препараты, необходимо получить и приобщить к медицинской документации письменное согласие пациента на каждый из них.

4. В случае отказа от рекомендуемого психофармакологического лечения пациенту сообщаются возможные негативные последствия, что также письменно фиксируется.

5. Перед началом лечения необходимо опросить больного о предыдущих назначениях психотропных веществ и сделать соответствующую запись в медицинских документах, отражающую наименование препаратов, длительность их применения, эффект воздействия, возникавшие побочные реакции (Федеральное Законодательство № 3-ФЗ от 08.01.1998 г. «О наркотических и психотропных веществах»).

6. Заранее объяснить пациенту, что в его интересах искренне и своевременно информировать врача о самостоятельной отмене препаратов или самовольном уменьшении дозировок.

7. Самостоятельно назначать нейролептики ВОП не рекомендуется, так как, являясь наиболее мощной группой психотропных препаратов, при недостаточно квалифицированном назначении, они могут привести к нежелательным побочным эффектам и даже к тяжелым последствиям. Целесообразно пользоваться антидепрессантами и транквилизаторами.

8. Назначение лекарственных средств (наименование препаратов, разовая доза, способ и кратность приема или введения, ориентировочная длительность курса, обоснование назначения лекарственных средств) обязательно фиксируется в медицинских документах больного (истории болезни, амбулаторной карте, листе записи консультационного осмотра и пр.).

9. Ведомственными нормативными актами детально регулируется порядок назначения и выписки психотропных препаратов. ВОП необходимо помнить, что в отношении значительной части этих лекарственных средств государством установлены меры контроля и ограничения в обороте в Российской Федерации. Это подразумевает использование для их выписки пациенту специальных рецептурных бланков формы N 148 – 1/у – 88, с определенным сроком действия

(10 дней) и ограничение количества препарата при одномоментном назначении. Перечень их содержится в постановлении Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. N 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации».

10. Учитывая наличие персональной ответственности за назначения и выписку лекарственных средств, ВОП в своей деятельности следует соблюдать определенные меры предосторожности: не стоит оставлять пациентов в кабинете без присмотра, а также хранить на виду рецептурные бланки, сильнодействующие лекарственные препараты, необходимо с осторожностью отвечать на вопросы, касающиеся возможного применения лекарств с неблагоприятными целями. Больным следует выписывать однократно ограниченное количество препаратов, избегать чрезмерного использования лекарственных средств, в первую очередь транквилизаторов, вызывающих привыкание и зависимость.

11. Принимая решение о назначении любого препарата, следует взвешивать риск суицида. В конфликтных ситуациях, в случае обострения межличностных проблем пациенты могут прибегать к передозировке, передавая ответственность за разрешение ситуации другим и предоставляя множество возможностей для своего «спасения».

13. При проведении медикаментозного лечения следует учитывать индивидуальную чувствительность пациентов и влияние психотропных препаратов на течение сопутствующей соматической патологии и действие соматотропных медикаментов.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### *Анкета для определения уровня правовых знаний у врачей, оказывающих психотерапевтическую помощь*

1. Знаете ли Вы закрепленные в современном законодательстве права, обязанности, требования, регулирующие взаимоотношения врач — пациент?

- знаю подробно
- знаю в общих чертах

2. Как Вы думаете, отличаются ли правовое регулирование психотерапии от правового регулирования других медицинских специальностей?

- думаю, что отличается
- думаю, что отличий нет
- не знаю

3. Знаете ли Вы, где и какими способами Вы можете защитить Ваши права:

- да, знаю подробно
- да, знаю в общих чертах
- не знаю на сегодняшний день, но ориентируюсь, где можно уточнить
- совсем не знаю

4. На Ваш взгляд, что должно определять действия врача в лечении пациента:

- правовые документы
- медицинские стандарты лечения
- желания пациента
- состояние пациента
- опыт врача и его представления
- решение консилиума врачей

5. Как Вы думаете, существует нормативно-правовой документ, содержащий этические требования к оказанию психотерапевтической помощи:

- да
- нет
- не знаю

6. Существуют ли органы или учреждения, контролирующие

соблюдение правовых аспектов в работе ВОП при оказании психотерапевтической помощи:

- да, я их знаю
- да, я их не знаю, но предполагаю, что они есть
- да, но они не эффективны
- нет

7. Как Вы считаете, должен ли врач сообщать диагноз:

- должен всегда
- должен, если пациент спрашивает
- по своему усмотрению, учитывая состояние пациента
- нет, не должен

8. Как врач должен сообщать пациенту информацию о диагнозе:

- сообщать характер расстройства в целом
- сообщать только название заболевания
- подробно объяснять название и причины заболевания, используя медицинские термины
- подробно объяснять название и причины заболевания, но при объяснении избегать медицинских терминов
- сообщать в доступной форме и с учетом психического состояния пациента

9. Если пациент отказывается от лечения, должен ли врач угрожать ему:

- да, настойчиво
- объяснить последствия и предоставить возможность самому принять решение
- нет

10. Считаете ли Вы, что согласие на госпитализацию, обследования, лечение врач должен получать у пациента:

- да, всегда
- только по требованию пациента
- только при тяжелых заболеваниях
- в установленных законом случаях
- не должен
- другое \_\_\_\_\_

11. Как Вы считаете, в каком виде врач должен получать согласие на госпитализацию, обследования, лечение:

- в устной форме
- в письменной форме кратко
- в письменной форме подробно

- выбор формы по желанию пациента
- выбор формы по желанию врача
- выбор формы по правилам, установленным администрацией данного лечебного учреждения
- другое \_\_\_\_\_

12. При причинении вреда здоровью пациенту врач должен подвергнуться:

- уголовному наказанию (лишение свободы, запрет на медицинскую деятельность)
- административному наказанию
- материальному наказанию
- дисциплинарному взысканию

13. С какими утверждениями Вы согласны:

Утверждения	Да, согласен	Скорее согласен	Скорее не согласен	Нет, не согласен
1) Участники лечебного (терапевтического) процесса — врач и пациент имеют равное право голоса				
2) Пациент имеет право на выбор метода лечения				
3) Пациент имеет право на полный контроль над любым медицинским вмешательством				
4) Пациент имеет право на отказ от любого медицинского вмешательства				



5) Родные пациента имеют право требовать информацию о состоянии его здоровья				
6) Пациент может давать оценку качеству медицинской помощи				
7) Общество должно контролировать медицинскую психотерапевтическую деятельность				
8) Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие граждан				
9) Пациент имеет право отказаться от своего лечащего врача				

10) Врач имеет право отказаться от лечения пациента и передать его другому врачу				
11) Врач должен сохранять в тайне информацию о факте обращения за помощью и состоянии здоровья пациента				
12) Врач не должен предоставлять пациенту информацию о его правах и обязанностях, так как пациенты сами должны знать свои права и обязанности				
13) Врач в государственных организациях не имеет права вести частный прием пациентов				
14) Врач не должен принимать подарки от пациентов				

15) Врач может делиться информацией о пациенте с коллегами без уведомления об этом пациента				
16) Должен ли быть наказан врач за нарушения этических норм				
17) Пациент не имеет права непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов без согласия лечащего врача				
18) По требованию пациента ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья				

19) Медицинская помощь высокого качества должна быть платной				
20) Пациент имеет право отказаться от лечения независимо от тяжести и опасности его заболевания				
21) Пациент не имеет права требовать созыва консилиума врачей для обсуждения его заболевания без согласия лечащего врача				

## **Законы и иные нормативно-правовые акты**

1. Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 // РФ от 25 декабря 1993 г.
2. Всеобщая Декларация прав человека от 10.12.1948 // Действующее международное право. В 3-х томах. Составители: Колосов Ю.М., Кривчиков Э.С. Том 2. – М.:1997.
3. Хельсинкская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации Этические принципы проведения биомедицинских исследований на людях. Принята 18-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации. Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 года, Изменения и дополнения внесены 29-й Генеральной Ассамблеей ВМА, Токио, Япония, октябрь 1975 года, 35-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Венеция, Италия, октябрь 1983 года, 41-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Гонконг, сентябрь 1989 года, 48-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Сомерсет Уэст, ЮАР, октябрь 1996 года и 52-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации. Эдинбург, Шотландия, октябрь 2000 года.
4. Международной пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16.12.1966 // Действующее международное право. В 3-х томах. Составители: Колосов Ю.М., Кривчиков Э.С. Том 2. — М.:1997.
5. Женевская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации. Принята 2-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, сентябрь 1948, дополнена 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968, 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 и 46-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994.
6. Лиссабонская декларация о правах пациента. Принята 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Лиссабон, Португалия, сентябрь/октябрь 1981.
7. Декларация о правах человека и свободе личности практикующих врачей. Принята 37-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Брюссель, Бельгия, октябрь 1985.
8. Декларация о независимости и профессиональной свободе врача. Принята 38-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1986.

9. Мадридская декларация о профессиональной автономии и самоуправлении врачей. Принята 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей. Мадрид, Испания, октябрь 1987.
10. Венецианская декларация о терминальном состоянии. Принята 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983.
11. Федеральный закон Российской Федерации от 28.06.1991, № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп. от 02.04.1993; 24.12.1993; 01.06.1994) // ВСНД РСФСР и ВС. 1991. №27. Ст. 920.
12. Федеральный закон Российской Федерации от 02.07.1992, № 3185-1 (с изм. и доп. от 21.07.1998) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // ВСНД РФ и ВС. 1992. №33. Ст. 1913.
13. Федеральный закон Российской Федерации «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 № 5487-1 (с изм. и доп. от 24.12.1993; 02.03.1998; 20.12.1999; 02.12.2000) // ВСНД РФ и ВС. 1993. №33. Ст. 1318.
14. Федеральный закон Российской Федерации от 8.08.2001, №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (с изменениями от 13,21 марта, 9 декабря 2002 г., 10 января, 27 февраля, 11, 26 марта, 23 декабря 2003 г., 2 ноября 2004 г., 21 марта, 2 июля, 31 декабря 2005 г., 27 июля, 4, 29 декабря 2006 г., 5 февраля 2007 г.).
15. Федеральный закон Российской Федерации от 20.02.1995, № 24-ФЗ «Об информации, информатизации и защите информации» (ст. 11) // Собрание законодательства, 1995, №8. Ст. 609.
16. Федеральный закон Российской Федерации от 8.01.1998, № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (с изменениями от 25 июля 2002 г., 10 января, 30 июня 2003 г., 1 декабря 2004 г., 9 мая 2005 г., 16, 25 октября 2006 г., 19, 24 июля 2007 г., 22 июля 2008 г.).
17. Постановление правительства Российской Федерации от 28.04.1993, № 377 «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // СААП. 1993. №18. Ст. 1602.
18. Постановление правительства Российской Федерации от 25.05.1994, №522 «О мерах по обеспечению психиатрической помощи и социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами» //СЗ РФ. 1994. №6. Ст.606.

19. Постановление правительства Российской Федерации от 11.02.2002, №135 «О лицензировании отдельных видов деятельности».
20. Постановление Правительства Российской Федерации от 22.01.2007, №30 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности».
21. Постановление Правительства Российской Федерации от 13.01.1996, №27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».
22. Постановление Правительства Российской Федерации от 4.11.2006, №644 «О порядке представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров».
23. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.1998, №681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями).
24. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 31.05.1985, №750 «О дальнейшем совершенствовании психотерапевтической помощи населению».
25. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.06.1996, №245 «Об упорядочении применения методов психологического и психотерапевтического воздействия».
26. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.10.1995, №294 «О психиатрической и психотерапевтической помощи» // Здравоохранение. 1996. №2.
27. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.11.1996, №391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».
28. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.08.1999, №337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения российской федерации».
29. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.09.2003, №438 «О психотерапевтической помощи».

30. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.07.1997, №226 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи».
31. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.12.1997, №373 «О подготовке врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников для работы в наркологических реабилитационных центрах (отделениях).
32. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.05.1998, № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».
33. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.08.1992, №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) (вместе с положениями «О враче общей практики (семейного врача)», «О медицинской сестре общей практики», Квалификационными характеристиками «врача общей практики (семейного врача)», медицинской сестры общей практики»).
34. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.06.2003, №229 «О единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения».
35. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.07.2002, №238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности».
36. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.12.2004, №346 «Об организации выдачи разрешений на применение медицинских технологий».
37. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 13.01.1995, №5 «О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности».
38. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.02.2007, №110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» (с изменениями и дополнениями).
39. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.12.2005, №785 «О порядке отпуска лекарственных средств» (с изменениями и дополнениями).



40. Приказ ФОМС России от 25.03.1998, №30 «О соблюдении конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну».
41. Приказ ФОМС России от 27.10.1999, б/н «Обеспечение права граждан на соблюдение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью и связанных с этим сведениях, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него».
42. Указ Президента Российской Федерации от 06.03.1997, №188 «Об утверждении перечня сведений конфиденциального характера» // Собрание законодательства, 1997, № 10. Ст. 1127.
43. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 17.05.1995 №128 «О печатях и штампах для оформления медицинских документов» // Бюллетень нормативных актов министерств и ведомств РФ, 1995, № 12.
44. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН от 17.12.199, №46/119 «Принципы защиты лиц, страдающих психическим заболеванием, и улучшения здравоохранения в области психиатрии».
45. Федеральная целевая программа «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи» // Собрание законодательства Российской Федерации. 1995. №18. Ст. 1665.
46. Международный кодекс медицинской этики. Принят 3-й Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Лондон, Великобритания, октябрь 1949, дополнен 22-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968 и 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983.
47. Этический кодекс российского врача. Утвержден 4-й Конференцией Ассоциации врачей России, ноябрь 1994.
48. Кодекс врачебной этики. Одобрен III (XIX) Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997.
49. Кодекс профессиональной этики психиатра // Этика практической психиатрии: Руководство для врачей. - М., 1996. -С. С. 229 — 237.