

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Институт права

(наименование института полностью)

Кафедра «Конституционное и административное право»

(наименование)

40.04.01 Юриспруденция

(код и наименование направления подготовки)

Правовое обеспечение государственного управления и местного самоуправления

(направленность (профиль))

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему «Конституционное право на охрану здоровья и его реализация в сфере государственного контроля за качеством товаров и услуг»

Студент

Мария Валерьевна Донец

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный

доцент, И.Л. Бедняков

руководитель

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Оглавление

Введение.....	4-8
Глава 1 Конституционное содержание механизмов обеспечения права на охрану здоровья.	9-33
1.1 Анализ нормативных актов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи.	9-24
1.2 Обоснование основных характеристик здоровья человека как конституционно-правовой ценности.....	24-28
1.3 Анализ конституционного права граждан Российской Федерации на медицинскую помощь. Нормативное содержание и особенности юридической природы права на охрану здоровья как элемента конституционного статуса человека и гражданина в Российской Федерации.....	28-33
Глава 2 Гарантии осуществления конституционного права граждан на медицинскую помощь в Российской Федерации.	34-65
2.1 Организационно-правовые, процессуальные, финансовые и иные механизмы защиты прав граждан при оказании медицинской помощи.....	34-54
2.2 Практика применения систем обязательного и добровольного медицинского страхования в Российской Федерации. Государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения Российской Федерации.....	54-65

Глава 3 Обеспечительные механизмы гарантирования конституционного права на охрану здоровья граждан Российской Федерации.....	66-93
3.1 Цели и задачи государственной политики по совершенствованию обеспечительных механизмов гарантирования конституционного права на охрану здоровья граждан Российской Федерации.	66-78
3.2 Основные проблемы современной системы охраны здоровья и медицинской помощи населению.....	78-85
3.3 Дополнительные условия для реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации: и предложения по повышению эффективности.	86-93
Заключение.....	94-97
Список используемой литературы и используемых источников...	98-106

Введение

Главное богатство нашей страны – не газ, нефть или иные природные ресурсы, а люди. Именно здоровье нации – индикатор здоровья государства.

Как отметила в своем выступлении на расширенном заседании Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2016 году В.И. Скворцова, в то время возглавлявшая Минздрав, «Здравоохранение – самая чувствительная и значимая отрасль для каждого человека, и, тем временем, – основополагающая стратегическая отрасль для всей страны. Она всегда есть и будет «на острие» истории и судьбы народа. Именно поэтому медицина и организация здравоохранения должны непрерывно совершенствоваться, создавая условия для постоянного роста качества и доступности медицинской помощи и укрепления здоровья наших граждан» [31].

В этом году на территории Российской Федерации продолжается реализация мероприятий национального проекта «Здравоохранение». Отличительной его особенностью является то, что целевые показатели имеют интегративный, популяционный характер, но достичь их можно только в случае реализации через каждого жителя каждого региона.

Основная цель, которая стоит перед данным проектом, – выполнить те задачи, которые были сформулированы Президентом Российской Федерации в Указе № 204 от 07.05.2018 года: это снижение показателя смертности населения трудоспособного возраста от двух основных причин – онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, а также снижение уровня младенческой смертности [70].

Так, согласно данных Федеральной службы государственной статистики, в структуре смертности за 12 месяцев 2019 года в Российской Федерации по причинам смерти 1-е место занимают болезни системы кровообращения – 46,8 %; 2-е место – новообразования – 16,6 %

И если грубый показатель смертности от злокачественных новообразований с 2010 по 2014 год демонстрировал снижение (с 204,4 до

199,5), то в период с 2018 года отмечается рост смертности с 200,0 в 2018 году к 200,6 в 2019 году.

Такой значимый показатель в оценке состояния здоровья населения как младенческая смертность с 2018 к 2019 году показал незначительную тенденцию к снижению (5,1 и 4,9 соответственно), однако в 2020 году прогнозируемый показатель составит 5,2 на 1000 родившихся живыми [36].

Помимо снижения показателя смертности населения трудоспособного возраста в проекте затрагиваются моменты увеличения доступности и качества медицинской помощи, и в общем жизни человека, поскольку от состояния системы здравоохранения в прямом смысле зависит качество жизни граждан.

Вопросы, связанные с полноценной и беспрепятственной реализацией конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь и эффективностью защиты данного права в случае нарушения или угрозы нарушения еще не достаточно обстоятельно изучены, однако имеется ряд сборников, научных трудов и конференций, монографий и симпозиумов, в которых в той или иной степени была рассмотрена вышеупомянутая тема. Неоценимый вклад в понимание конституционных прав и свобод человека и гражданина был внесен в виде трудов таких авторов Т.М. Пряхина, А.С. Мордовец, С.С. Алексеев, Г.Н. Комкова, Н.И. Матузов, В.Е. Чиркин и другие.

Социально-экономическим правам, к которым относится и право на охрану здоровья, посвящены работы А.Н. Кононенко, К.В. Сангаджиева, В.М. Мачинского.

Нельзя не отметить работы, посвященные узкоспециализированным проблемам правовой охраны здоровья. Среди них необходимо отметить защищенные диссертации на соискание ученой степени кандидата юридических наук по различным аспектам темы таких авторов, как: Д.Г. Бартнев, В.В. Власенкова, А.Х. Джураев, С.А. Дюжиков, и пр.

Международно-правовому регулированию права на охрану здоровья посвящены работы Д.Г. Бартенева, Н.П. Сильченко, Р.А. Азходжаевой, В.Г. Борисовой-Жаровой.

Различные аспекты защиты прав и свобод нашли свое отражение в работах таких авторов как О.Ю. Рыбаков, Е.Е. Богданова, П.П. Глущенко.

Специфика и недостаточная разработанность темы потребовали изучения специальной литературы по вопросам права в медицине таких авторов, как М.Н. Малеина, С.Г. Стеценко, А.В. Тихомиров, Р.А. Тлепцеришев, М.Ю. Федорова.

Целью данного исследования является проведение системного научно-правового анализа социальной и юридической природы конституционного права граждан Российской Федерации на медицинскую помощь, исследование основных аспектов и проблем гарантирования и реализации данного права в современных условиях.

Задачами, которые предстоит решить в соответствии с целью, являются:

- проведение анализа действующих нормативно-правовых актов Российской Федерации (а также некоторых международных актов), регулирующих отношения в вопросе оказания медицинской помощи;
- обоснование понятие «здоровье» и основных его характеристик как конституционно-правовой ценности;
- проведение системного анализа конституционного права граждан Российской Федерации на медицинскую помощь;
- анализ и систематизация существующих гарантий осуществления конституционного права граждан на медицинскую помощь в Российской Федерации;
- проведение анализа практики применения систем обязательного и добровольного медицинского страхования в Российской Федерации с целью определения их роли в механизме осуществления конституционного права граждан на получение медицинской помощи, исследование государственной,

муниципальной и частной систем здравоохранения, существующих в Российской Федерации;

- определение целей и задач государственной политики по совершенствованию обеспечительных механизмов гарантирования конституционного права на охрану здоровья, в том числе выяснение роли национального проекта «Здравоохранение» в обеспечении конституционного права граждан Российской Федерации на медицинскую помощь;

- анализ практических результатов «майских указов» Президента Российской Федерации, направленных на обеспечение качественной и доступной медицинской помощи, на примере Брянской области;

- выявление основных проблем в современной системе охраны здоровья и медицинской помощи населению.

Объектом исследования выступают правоотношения, складывающиеся в процессе реализации конституционного права граждан Российской Федерации на медицинскую помощь.

Предметом научно – исследовательской работы является конституционная и отраслевая законодательная база обеспечения нормативно-правовых и организационных основ охраны здоровья населения в Российской Федерации, перспективы совершенствования нормативного регулирования указанной сферы общественных отношений, а также практика реализации соответствующих правовых институтов.

Нормативную основу выпускной квалификационной работы составили нормы внутригосударственного и международного права в сфере оказания медицинской помощи, особое внимание уделено действующей редакции Конституции и Федеральному Закону Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [62]. Отдельное место посвящено врачебной тайне как разделу законодательства, требующего устранения ряда неточностей и пробелов в механизме правового регулирования данного понятия.

Методологической основой работы является использование сравнительно-правового, формально-юридического, историко-юридического и логического методов в сочетании с комплексным и системным анализом исследуемых проблем, с использованием данных медицинской этики и деонтологии, гуманитарных наук (в том числе философии и истории).

Научная новизна диссертационного исследования заключается в исследовании процесса формирования новой государственной политики в области развития здравоохранения (которая, в том числе, диктуется Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года») с выявлением структуры методов реализации исследуемого права в корреляции с возникновением новых общественных отношений в области реализации и защиты права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь [70].

Теоретическая ценность работы и ее практическое значение заключаются в том, что выпускная квалификационная работа содержит ряд положений, которые могут быть использованы в ходе дальнейшего развития теории конституционного права. Вместе с тем, выводы, которые сделаны в работе, могут учитываться в ходе осуществления деятельности правоприменительных и правоохранительных органов по реализации Конституции Российской Федерации, а также при совершенствовании правового регулирования отношений в сфере права человека на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Структура выпускной квалификационной работы. Структура работы определена ее целью и задачами исследования. Диссертация состоит из введения, трех глав, в сумме включающих восемь подразделов, заключения и списка используемой литературы.

Глава 1 Конституционное содержание механизмов обеспечения права на охрану здоровья

1.1 Анализ нормативных актов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи

Сейчас в России совершается немало масштабных дел – строятся и ремонтируются сельские ФАПы, в райцентрах открываются и модернизируются больницы и поликлиники, приобретается новое оборудование.

В настоящий момент времени в нашей стране создаются все условия для сохранения и укрепления общественного здоровья, а вопросы охраны здоровья населения находятся под пристальным вниманием Правительства РФ, органов исполнительной власти и медицинских работников.

В целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи на правовое регулирование отрасли здравоохранения направлено множество нормативно-правовых актов разных отраслей права: административного, уголовного и пр.

Так, по мнению З.Ф. Хасанова «федеральный уровень медицинского законодательства представлен системой нормативных правовых актов, объединенных в самостоятельную отрасль российского законодательства, представляющую собой комплексное образование. Предметом нормативных актов данной отрасли является совокупность правовых норм в области оказания медицинской помощи взрослому и детскому населению, санитарно-эпидемиологического благополучия» [56].

На наш взгляд, к сказанному выше также можно отнести правовые нормы в сфере организации и контроля лекарственного обеспечения, прогнозирования развития здравоохранения, лицензирования медицинской деятельности, а также прочие связанные с этим вопросы, поскольку данные сферы медицинской деятельности также лежат в плоскости регулирования

федеральных нормативных актов (к примеру, Федеральный закон от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности») [63].

В свою очередь, субъектами регулируемых отношений в сфере здравоохранения будут являться с одной стороны - государство, органы и учреждения в его составе, медицинские организации различных форм собственности, а с другой - граждане Российской Федерации [61].

В комплексе норм, образующих действующее законодательство в сфере здравоохранения, ключевое значение имеют нормы конституционного, административного, гражданского, финансового законодательства, а также законодательства о социальном обеспечении.

До того как перейти к рассмотрению нормативных актов в сфере здравоохранения, действующих исключительно в нашей стране, считаю необходимым отметить тот факт, что действующее законодательство вышеуказанной области, основывается на общепризнанных международных нормах. Так, на основании п. 4 ст. 15 Конституции Российской Федерации и ст. 7 Гражданского Кодекса Российской Федерации, общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы [13]. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора.

Это свидетельствует о том, что над государственным законодательством имеют приоритет международные акты, которые были ратифицированы Российской Федерацией. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора.

Из множества нормативных актов, которые направлены на регулирование сферы здравоохранения, можно выделить следующие:

- Конвенция МОТ (Международной Организации Труда) №164 от 08.10.1987 г. о здравоохранении и медицинском обслуживании моряков, принятая в Женеве;

- Конвенция МОТ (Международной Организации Труда) №120 от 08.07.1964 г. о гигиене в торговле и учреждениях, которая также была принята в Женеве;

- Хартия социальных прав и гарантий граждан независимых государств (утв. Межпарламентской Ассамблеей государств-участников Содружества Независимых Государств), принятая 29.10.1994 г.;

- Соглашение о сотрудничестве в области охраны здоровья населения, принятое в Минске 26.06.1992 г.;

- Соглашение о сотрудничестве в области сан. охраны территорий государств - участников Содружества Независимых Государств, также принятое в Минске 31.05.2001 г.;

- Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств-участников Содружества Независимых Государств, принятое 27.03.1997 г. в Москве;

- Европейское Соглашение о предоставлении медицинского обслуживания лицам, временно пребывающим на территории другой страны, принятое 17.10.1980 г. в Женеве.

И многие другие.

Конституция Российской Федерации, являющаяся основным законом страны, базисным нормативным актом в сфере охраны здоровья. Статьей 41 Основного нормативного акта страны закреплены принципы:

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию

государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию [20].

Летом 2020 года сразу в несколько подпунктов первой части статьи 72 были внесены изменения.

Так, в пункте «ж» была определена совместная ответственность федеральной власти и исполнительных властей на уровне регионов Российской Федерации в части координации вопросов, связанных с здравоохранением, и в том числе вопросы обеспечения доступности и качества предлагаемой людям медицинской помощи.

В соответствии с настоящей поправкой на власти всех уровней было направлено обязательство в части создания условий для ведения гражданами здорового образа жизни (ЗОЖ) и формированию культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью.

Научной концепцией неинфекционных заболеваний признана концепция факторов риска - поведенческих и социальных факторов, непосредственно связанных с повышенной вероятностью возникновения этих заболеваний. Данными факторами риска являются курение, употребление наркотических препаратов, алкоголя, нерациональное питание, низкие: физическая активность, устойчивость к стрессам, материальный и социальный статус.

Снижение уровня факторов риска напрямую приводит к снижению заболеваемости, острых осложнений болезни и смертности.

Всемирная организация здравоохранения на опыте работы в странах самого разного экономического уровня развития убедительно доказала, что «наиболее эффективными методами влияния на состояние здоровья населения являются гигиеническое воспитание и образование, формирование навыков здорового образа жизни» [73].

Указанные данные являются главным обоснованием внедрения в практику целенаправленной работы по воспитанию у населения личной ответственности за собственное здоровье, формированию потребности в соблюдении правил здорового образа жизни и сознательном отказе от вредных привычек [74].

В настоящий момент времени в регионах ведется активная работа по реализации комплекса специальных мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья, формирование здорового образа жизни, уменьшение потребления табачных изделий и алкоголя и активное просвещение населения о вреде, который приносят эти пагубные пристрастия, пропаганду здорового образа жизни и мотивирование граждан к личной ответственности за, в первую очередь, свое здоровье, а также здоровье своих родных и близких [29].

Так, в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее по тексту – ПМСП), организуются кабинеты медицинской профилактики, которыми проводится регулярная целенаправленная информационно-коммуникационная работа среди прикрепленного населения по формированию здорового образа жизни, которая включает в себя вопросы снижения потребления табака и табачных изделий (в том числе кальянов, вейпов, нагревателей табака и пр.), алкоголя и наркотиков (к слову, Правительством Брянской области 30.01.2020 г. на территории региона был принят закон об ограничении продажи «снюсов» и курительных смесей), осуществляют активную просветительскую работу, мотивируя граждан к регулярному прохождению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

Медицинские работники первичного звена здравоохранения на закрепленных за ними участках выявляют пациентов, имеющих факторы риска, а также пациентов с начальными стадиями заболеваний (как правило, при проведении диспансеризации), в полном объеме качественно оказывают

необходимую медицинскую помощь, проводят работу по санитарно-гигиеническому воспитанию среди населения.

В рамках Федерального проекта «Укрепление общественного здоровья» внедряются и реализуются региональные муниципальные программы укрепления общественного здоровья, корпоративные программы укрепления здоровья сотрудников предприятий и организаций.

Центрами общественного здоровья ведется активная работа по разработке и изданию памяток и статей по здоровому образу жизни и профилактике заболеваний, организуется проведение акций, разъясняющих влияние вредных привычек на здоровье человека.

В медицинских организациях создаются кабинеты медицинской профилактики, которые организуют оздоровительные и профилактические мероприятия для различных категорий обслуживаемого населения, ведут активную пропаганду ЗОЖ, санитарно-просветительную работу, оказывают организационно-методическую помощь для медработников по различным направлениям профилактической работы.

Возвращаясь к теме поправок нельзя не отметить тот факт, что еще одной поправкой в «новой версии» Конституции в нормативный акт был введен пункт «ж.1», в котором идет речь о прямых обязанностях властей в области защиты семьи: материнства, отцовства и детства, а также в области защиты института семьи и брака как союза мужчины и женщины. Помимо этого речь идет о создании условий для достойного воспитания детей в семье, об осуществлении совершеннолетними детьми обязанности заботиться о своих родителях.

Уровень защищенности прав детей и семьи всегда являлся важнейшим показателем уровня социальных гарантий, предоставляемых государством населению. Как и тысячу лет назад, семья является одним из наиболее важнейших способов воспроизводства и совершенствования нашего общества посредством накопления и передачи будущим поколениям мудрости, опыта, традиций и ценностей.

Повышение социальной значимости института семьи и брака, укрепление нравственных отношений между мужчиной и женщиной, ответственное отношение к детям - все это имеет самое прямое отношение к развитию нашей страны, ибо во все времена семья являлась основой общества и государства.

Неспроста во Всеобщей декларации прав человека 1948 г., Конвенции Организации Объединенных Наций о правах ребенка 1989 г. говорится о том, что семье, как естественной среде для роста и благополучия всех ее членов и особенно детей, должны быть предоставлены необходимые защита и содействие [22].

Также в цитируемой статье Конституции в неизменном виде сохранен пункт «з», в соответствии с которым в совместном ведении Российской Федерации и ее субъектов находятся, в частности, меры по борьбе с особо опасными инфекционными заболеваниями, что является особо актуальным с учетом текущей эпидемиологической обстановки.

Решительные действия Правительства Российской Федерации в 2020 году позволили держать ситуацию под контролем и дали запас ценного времени для разработки дополнительных мер по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции.

Основным (или базовым) нормативно-правовым актом законодательства Российской Федерации, направленным на непосредственное регулирование правоотношений, возникающих в области охраны здоровья граждан в стране, является Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [62].

Настоящий Федеральный закон определяет:

- правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;
- права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;

- полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;

- права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;

- права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников.

Помимо вышеуказанного Федерального закона на правовое регулирование отношений в сфере здравоохранения в нашей стране направлено множество других законодательных нормативно - правовых актов (специальных федеральных законов), устанавливающих:

- правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации (Федеральный закон от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней») [64];

- правовые основы государственной политики в сфере оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности (Федеральный закон от 08.01.1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах») [65];

- условия реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду и порядок обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (Федеральный закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения») [66];

- основные характеристики бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на текущий и плановый период времени (Федеральный закон от 08.12.2020 г. № 391-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», принятый Государственной Думой 26 ноября 2020 года) [67];

- правовое регулирование правоотношений, возникающих в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

- правовые, организационные и экономические принципы оказания психиатрической помощи в стране.

И многие другие.

Необходимо отметить, что федеральными законами вводятся самые основные (или основополагающие) нормы, которые находятся на самых высоких уровнях иерархии норм права субъектов Российской Федерации.

В то же время нельзя сказать, что нормативные акты субъектов Российской Федерации являются лишь дополнительным звеном, которое способствует работе механизма реализации федеральных законов. В первую очередь они представляют собой механизм, при помощи которого с общефедеральных норм можно «снять» общую абстрактность, сделать их более конкретными и специфичными, с учетом особенностей каждого региона [72].

Помимо вышеизложенных законодательных актов на правовое регулирование сферы здравоохранения в нашей стране направлены и подзаконные нормативные акты, к которым относятся, например, указы

Президента Российской Федерации и постановления Правительства Российской Федерации, ведомственные нормативные акты.

Из последних можно выделить такой актуальный в настоящее время нормативный акт как Указ Президента Российской Федерации от 06.05.2020 г. № 313 «О предоставлении дополнительных страховых гарантий отдельным категориям медицинских работников», которым обеспечиваются государственные гарантии по обязательному государственному страхованию работников медицинских организаций при исполнении ими трудовых обязанностей в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

Подзаконные нормативные акты в сфере здравоохранения определяют:

- порядок и условия признания лица инвалидом федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы (Постановление Российской Федерации от 20.02.2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом») [42];

- требования к состоянию здоровья работников для решения вопроса о возможности их допуска к работе, связанной с управлением транспортным средством (Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2014 г. «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством») [43];

- порядок и условия предоставления медицинскими организациями гражданам платных медицинских услуг (Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг») [44];

- перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению

врачебных комиссий медицинских организаций, перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта - Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей и минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12.10.2019 г. № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи») [49];

- правила и мероприятия пилотного проекта по организации межведомственного взаимодействия в целях предупреждения профессиональных заболеваний и создания системы мониторинга состояния здоровья (Постановление Правительства Российской Федерации от 18.03.2021 г. № 401 «О реализации пилотного проекта по организации межведомственного взаимодействия в целях предупреждения профессиональных заболеваний и создания системы мониторинга состояния здоровья работников» (вместе с «Правилами реализации пилотного проекта по организации межведомственного взаимодействия в целях предупреждения профессиональных заболеваний и создания системы мониторинга состояния здоровья работников»));

- цели, условия и порядок предоставления в 2021 году гранта в форме субсидии за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета Фонду поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими

заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра», созданному в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 5 января 2021 г. № 16 (Постановление Правительства Российской Федерации от 05.03.2021 г. № 327 «О предоставлении в 2021 году гранта в форме субсидии за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета Фонду поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра») [71].

Ведомственными нормативными актами регламентируются такие вопросы как:

- утверждение порядка взаимодействия федеральных дистанционных консультативных центров анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний с дистанционными консультативными центрами анестезиологии-реаниматологии в субъектах Российской Федерации по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний, порядка организации оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, порядка организации работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, алгоритм действий медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому, пациентам с острыми респираторными вирусными инфекциями, гриппом и внебольничной пневмонией (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19»);

- утверждение типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением врачей-специалистов (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2015 г. № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача – педиатра участкового, врача – терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача – невролога, врача – оториноларинголога, врача – офтальмолога и врача акушера – гинеколога»);

- порядок проведения химико-токсикологических исследований (приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 27.01.2006 г. № 40 «Об организации проведения химико-токсикологических исследований при аналитической диагностике наличия в организме человека алкоголя, наркотических средств и других токсических веществ»);

- определение перечня мероприятий и профилактических мер, направленных на недопущение распространения новой коронавирусной инфекции (Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30.03.2020 г. № 9 «О дополнительных мерах по недопущению распространения COVID-2019»);

- перечень лабораторно-инструментальных обследований и консультаций врачей-специалистов перед проведением медико-социальной экспертизы (совместный Приказ Министерства Труда Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации № 52н /35н от 31.01.2019 г. «Об утверждении перечня медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания в целях проведения медико-социальной экспертизы»).

- порядок наблюдения, сбора, обработки, анализа и оценки информации, необходимой для установления причинно-следственных связей между потреблением табака или потреблением никотинсодержащей продукции, медицинскими, демографическими и социально-экономическими

последствиями их потребления и мероприятиями (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.03.2021 г. № 170н «Об утверждении Методики проведения мониторинга и оценки эффективности реализации мероприятий, направленных на предотвращение воздействия окружающего табачного дыма, веществ, выделяемых при потреблении никотинсодержащей продукции, сокращение потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции»);

- правила организации оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.02.2021 г. № 140н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по прекращению потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции, лечению табачной (никотиновой) зависимости, последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции»).

Считаем нужным отметить, что подзаконные нормативно-правовые акты ни в какой мере не должны идти вразрез с законодательными актами в связи с тем, что их применение в первую очередь направлено на урегулирование конкретных вопросов, иным словом того, на что имеется соответствующая отсылка из законодательного нормативного акта.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации № 763 от 23.05.1996 г. «О порядке опубликования и вступления в силу актов Президента Российской Федерации, Правительства Российской Федерации и нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти» данного рода нормативно-правовые документы должны быть зарегистрированы в Минюсте Российской Федерации и официально опубликованы в Бюллетене нормативных актов федеральных органов исполнительной власти или же в «Российской газете». Как справедливо

отмечает З.Ф. Хасанов, «В соответствии с п. 12 цитируемого выше Указа Президента такие нормативные акты вступают в силу по истечении десяти дней после их официального опубликования, в том случае если в самом документе не предусмотрен другой срок их вступления» в законную силу [56].

Помимо всего сказанного выше также можно отметить тот факт, что в настоящий момент времени в правоприменительной практике широкое распространение приобретают материалы, заимствованные из судебно-арбитражной практики. И, даже если учитывать тот факт, что в Российской Федерации судебная практика не является источником права (как, например, США), материалы практики зачастую используются нижестоящими судебными инстанциями для рассмотрения определенных дел. И хоть в настоящий момент времени не существует разборов судебной практики, которые были бы прямо связаны с реализацией законодательно принятых правил и норм в сфере здравоохранения, разбор отдельных судебных споров может дать нам информацию к размышлению. Таким образом, если напрямую обратиться к судебной практике, то можно будет сделать логический вывод, о том, что нормы действующего законодательства в сфере здравоохранения не всегда находятся в согласии друг с другом [21].

Из последних в качестве примера можно привести Постановление Конституционного Суда Российской Федерации от 13.01.2020 г. № 1-П «По делу о проверке конституционности частей 2 и 3 статьи 13, пункта 5 части 5 статьи 19 и части 1 статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в связи с жалобой гражданки Р.Д. Свечниковой».

В указанном выше нормативном акте предметом спора явились именно нормы основного нормативного акта в сфере здравоохранения.

Анализируя правовой базис регулирования сферы здравоохранения в Российской Федерации необходимо отметить, что законодательные акты,

которые были приняты в последние десять лет, отмечает положительный посыл.

И направлены непосредственно на модернизацию и оптимизацию Российской системы здравоохранения. Помимо этого они конкретизируют ее будущее, ставят перед собой цели в части обеспечения высокого качества и доступности первичной медико-санитарной помощи и помощи, которая оказывается в сельской местности, рабочих поселках, поселках городского типа и небольших городках, оснащения медицинских организаций согласно порядкам и стандартам медицинской помощи, устранения кадрового дефицита, в первую очередь, в первичном звене здравоохранения, повышения уровня квалификации медицинских работников и многое другое [54].

1.2 Обоснование основных характеристик здоровья человека как конституционно-правовой ценности

Согласно определению, которое дает Всемирная организация здравоохранения, «здоровье - состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма».

Согласно Уставу данной организации «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека» [33].

Многие авторы трактуют понятие «здоровье» по-разному, однако у всех определений можно найти общие черты, такие как: нормальное функционирование человеческого организма (физическое состояние), психологический комфорт (психическое состояние) и социальное благополучие.

Еще в 11 веке до нашей эры родоначальник валеологии Гален считал, что здоровье – это состояние, «в котором мы не испытываем боли и которое

не мешает выполнять функции нашей каждодневной жизни: участвовать в руководстве, мыться, пить, есть и делать все другое, что мы хотим» [23].

В свою очередь И.И. Брехман (1966) толковал понятие здоровье человека «как способность сохранять соответствующую возрасту устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных параметров триединого потока сенсорной, вербальной и структурной информации» [18].

Э.Н. Вайнер в своих трудах определяет понятие здоровья как «... такое состояние организма, которое дает человеку возможность в максимальной степени реализовать свою генетическую программу в условиях социокультурного бытия данного человека» [52].

В течение жизни человека здоровье является одним из самых значимых факторов, который определяет степень благосостояния отдельных как граждан, так и семьи и общества. Помимо этого он напрямую влияет на конкурентоспособность и обороноспособность страны на фоне других стран. В этой связи сохранение и увеличение здоровья как каждого человека, так человека и всего населения страны, является наиприоритетнейшей задачей Правительства, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и иных отраслях и сферах общества в целом [8].

Понимание здоровья в качестве одного из прав человека налагает на Государство обязательство обеспечить доступ к доступной и качественной медицинской помощи всем категориям граждан.

С полной уверенностью можно заявить, что охрана здоровья населения представляет собой совокупность мер как политического, так и правового, экономического, культурного, социального, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья человека, поддержание его активной и долголетней жизни, предоставление ему высококачественной и доступной медицинской помощи.

Правом на охрану здоровья и медицинскую помощь при отсутствии дискриминации на основе расы, возраста, этнической принадлежности или какого-либо другого состояния может пользоваться любой гражданин Российской Федерации.

Так как здоровье населения является одним из основных показателей благополучия страны, можно логически предположить, что к факторам, которые определяют уровень здоровья населения, можно отнести степень интенсивности труда, длительность рабочего дня, сумму, получаемую человеком в качестве заработной платы, наличие на производстве (рабочем месте) профессиональных вредностей, соблюдение правил и норм охраны труда на предприятиях [15].

В самом общем виде эти принципы закреплены частью 2 статьи 7 Конституции Российской Федерации, где говорится об охране труда и здоровья граждан. По сути, в цитируемой статье речь идет о пропаганде здорового образа жизни, развитии физической культуры и спорта, профилактике профессиональных и иных заболеваний, а также о создании системы медицинских организаций и оказания в них качественной медицинской помощи.

В статье 41 закреплено право на охрану здоровья и медицинскую помощь – одно из основных конституционных прав человека, основное содержание которого составляет «возможность получения бесплатной медицинской помощи в организациях государственной и частной систем здравоохранения».

Право на охрану здоровья, гарантированное каждому гражданину нашей страны Конституцией, представляет человеку следующие правовые возможности:

- возможность распоряжения собственным здоровьем по своему усмотрению, т.е.: обращаться за медицинской помощью в медицинские организации и учреждения или оказывать себе помощь самостоятельно, и даже прибегать к помощи представителей нетрадиционной медицины; вести

здоровый образ жизни, отказываться от вредных привычек (алкоголя, табакокурения) или нет и пр. [10].

- право на обращение в лечебные учреждения государственной или частной систем здравоохранения за получением высококачественной медицинской помощи, которая заключается в проведении общего осмотра, определения тактики обследования, лечения и наблюдения пациента, определения комплекса необходимых лабораторно-инструментальных исследований в соответствии с действующими нормативными актами (порядками, стандартам оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями).

- право на обращение в компетентные органы за получением информации о состоянии окружающей среды, влияющей на здоровье человека, о санитарно-эпидемиологической обстановке в месте проживания обратившегося; к представителям работодателя с вопросами относительно обеспечения работников благоприятными условиями труда. Заниматься деятельностью, способствующей укреплению здоровья человека, физической культурой и спортом, т. д.

- право на охрану здоровья в случае его нарушения третьими лицами путем обращения в вышестоящие государственные и муниципальные органы, прокуратуру, суд; право применять другие способы защиты нарушенных прав.

На основании вышеизложенного, соблюдение права на охрану здоровья и медицинскую помощь подразумевает как осознанное, так и неосознанное поведение субъектов данных правоотношений в сфере охраны здоровья.

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь настолько стало неотъемлемой частью, а право на медицинскую помощь – осознанной необходимостью повседневной жизни, что не предполагает от субъектов данных правоотношений каких-либо активных действий, а лишь

предполагает соблюдение всех общеизвестных норм и принципов, которые были установлены еще в самом начале социализации человека [11].

Подводя итог можно сделать вывод о том, что понятие права на медицинскую помощь и охрану здоровья является достаточно объемным и не может ограничиваться только критериями медицинского характера, а понятие «здоровье» человека и общества нужно рассматривать с точки зрения измеримых, воспроизводимых, сопоставимых характеристик и критериев оценки, которые углубляют и расширяют понимание сущности здоровья, отвечая интересам личности и общества.

1.3 Анализ конституционного права граждан Российской Федерации на медицинскую помощь. Нормативное содержание и особенности юридической природы права на охрану здоровья как элемента конституционного статуса человека и гражданина в Российской Федерации

Как уже было сказано раньше, в данный момент охрану здоровья граждан регулирует значительный массив правовых актов различного уровня. Статьей 3 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который является одним из самых важных нормативных актов, регулирующих правоотношения в области здравоохранения, регламентировано, что законодательство в сфере защиты здоровья состоит из следующих нормативных актов:

- Конституции Российской Федерации;
- цитируемого Федерального закона;
- принимаемых в строгом соответствии с вышеуказанным ФЗ других федеральных законов;
- иных нормативных актов Российской Федерации;

- законов и прочих нормативно-правовых актов субъектов Российской Федерации.

Исследование настоящего законодательства Российской Федерации в вопросе охраны здоровья свидетельствует об уже имеющейся базовой правовой основе для эффективной реализации конституционных прав граждан Российской Федерации в части здравоохранения и получения качественной медицинской помощи [46].

На наш взгляд, одна из наиболее допустимых трактовок смысловых значений, которые содержатся в ст. 41 Конституции Российской Федерации, подразумевает тот факт, что медицинская помощь в обязательном порядке должна иметь всеобщую доступность и качественный характер оказываемых услуг. Лишь с вышеуказанными характеристиками она может оказывать благоприятное влияние на состояние здоровья гражданина.

Тогда как во всех других случаях она может негативно отразиться на его здоровье человека.

Так, при отсутствии доступной медицинской помощи люди все чаще обращаются к народным целителям, занимаются самолечением, что в отдельных случаях может приводить к неблагоприятным последствиям.

В качестве примера можно отметить, что «Стратегия предупреждения распространения антимикробной резистентности в Российской Федерации», утвержденная Распоряжением Правительства Российской Федерации от 25.09.2017 г. № 2045-р, предусматривает, что сотрудниками медицинских организаций должна вестись активная санитарно – просветительская работа среди населения по проблемам антимикробной резистентности, в том числе по вопросам рационального применения антибактериальных препаратов, их адекватной замены, а также недопустимости самолечения [48].

Это говорит о том, что самолечение может приводить к распространению антимикробной резистентности, которая является одной из самых острых проблем современности, несущей биологические и экономические угрозы для страны. Данный процесс снижает

результативность мероприятий по предупреждению и лечению инфекционных и паразитарных заболеваний, приводит к увеличению тяжести и длительности их течения, способствует повышению смертности и ухудшению показателей здоровья среди населения.

Если вести речь о закреплении в российском законодательстве конституционно-правового режима реализации права на медицинскую помощь, я в первую очередь основываюсь на том, что правовой режим - это отдельная специфическая система средств, методов и методик правового регулирования. Так, Т.Х. Кемрюгов утверждает, что «это узко специфический порядок регулирования, который выражается в комплексе правовых средств, создающих особую направленность регулирования и характеризующих особое сочетание взаимодействующих между собой дозволений, запретов, а также позитивных обязываний» [24].

Одновременно нельзя не отметить и тот факт, что важнейшее место в обеспечении права на охрану здоровья также занимают нормативные акты субъектов Российской Федерации. Их принципиальное отличие заключается в том, что они чаще всего регламентируют частные аспекты, не затронутые (или затронутые лишь косвенно) федеральным законодательством.

Как житель Брянской области, в качестве примера приведу отдельные нормативные акты в сфере здравоохранения, регулирующие возникающие на территории региона правоотношения.

В соответствии с Постановлением Правительства Брянской области от 17.03.2020 г. № 106-п «О введении режима повышенной готовности на территории Брянской области», в связи с угрозой распространения на территории Брянской области новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) на территории для органов управления и сил территориальной подсистемы единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций введен режим повышенной готовности.

Данным нормативным регламентирован исчерпывающий комплекс мер, направленный на снижение рисков завоза извне и распространения на территории региона новой коронавирусной инфекции.

В целях недопущения распространения новой коронавирусной инфекции, на основании приказа департамента здравоохранения Брянской области от 14.10.2020 г. № 960 «Об организации профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, плановой медицинской помощи в медицинских организациях в период подъема заболеваемости новой коронавирусной инфекции, гриппа и ОРВИ на территории Брянской области» оказание плановой медицинской помощи оптимизировано с переносом сроков оказания медицинской помощи в плановой форме, в том числе в условиях дневного стационара.

Вопросы укрепления общественного здоровья также являются остро актуальными и рассматриваются на заседаниях межведомственных комиссий при Правительстве Брянской области, Управлении государственной службы по труду и занятости населения Брянской области, с работодателями ведущих предприятий Брянской области.

Основные мероприятия проводятся в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения Брянской области», утвержденной Постановлением Правительства Брянской области от 31.12.2018 г. № 760-п, государственной программы «Развитие физической культуры и спорта Брянской области», утвержденной Постановлением Правительства Брянской области от 29.12.2018 г. № 736-п, региональной программы «Укрепление общественного здоровья в Брянской области», утвержденной распоряжением Правительства Брянской области от 23.07.2020 № 133-рп, региональной программы Брянской области «Борьба с онкологическими заболеваниями», утвержденной Постановлением Правительства Брянской области от 27.06.2019 № 275-п и региональной программы Брянской области «Борьба с сердечно – сосудистыми заболеваниями», утвержденной Постановлением Правительства Брянской области от 27.06.2019 № 274-п.

На основании приказов глав муниципальных образований на территории муниципальных образований региона реализуются муниципальные программы укрепления здоровья населения.

Так, Согласно Уставу Брянской области и Закону «Об административно-территориальном устройстве Брянской области» в настоящий момент времени на территории региона функционируют 24 муниципальных района [7, 30].

В 2020 г. на территории Брянской области внедрены и реализуются муниципальные программы по укреплению общественного здоровья населения Климовского, Клетнянского, Злынковского, Погарского районов и г. Сельцо, что составляет 20,8% от числа имеющихся. К 2024 году показатель должен составлять 100%.

Брянская область стала одной из первых областей, внедривших (на основании приказов департамента здравоохранения Брянской области) корпоративные программы укрепления здоровья сотрудников медицинских организаций на рабочих местах.

Ежеквартально органом исполнительной власти от подведомственных медицинских организаций собирается и анализируется информация о реализации и показателях вышеуказанных программ.

В соответствии с приказом департамента здравоохранения Брянской области от 12.11.2020 г. № 1059 «Об организации Регионального центра общественного здоровья и медицинской профилактики Брянской области» в ГАУЗ «Брянский областной врачебно-физкультурный диспансер» организован региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики (далее – РЦ ОЗиМП).

От себя также хочу отметить, что все указанные выше мероприятия находят положительный отклик у населения и положительно сказываются на образе органа исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Таким образом, завершая анализ конституционного права граждан Российской Федерации на медицинскую помощь, стоит отметить

масштабный массив актов различного уровня, который обеспечивает доскональное правовое регулирование этой сферы.

Федеральное законодательство содержит главные нормы в части охраны здоровья граждан и касается всех возможных её аспектов.

Нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации расширяют это регулирование, конкретизируясь непосредственно на тех областях, которые удобнее всего контролировать для каждого субъекта страны в отдельности.

Подзаконные акты федеральных органов исполнительной власти, а также акты муниципальных органов, конкретизируют правовое регулирование, убирают пробелы и неточности в соответствующих областях, а также закрепляют специфику определенных аспектов в части обеспечения права гражданина на охрану здоровья на уровне местного самоуправления [25].

Глава 2 Гарантии осуществления конституционного права граждан на медицинскую помощь в Российской Федерации

2.1 Организационно-правовые, процессуальные, финансовые и иные механизмы защиты прав граждан при оказании медицинской помощи

Как было сказано ранее, государство гарантирует охрану здоровья каждого гражданина нашей страны в соответствии с Конституцией Российской Федерации, иными законодательными актами, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Базовые нормативно-правовые аспекты отношений в области охраны здоровья, возникающие между гражданином, медицинской организацией, государством, работодателем, и страховой компанией устанавливаются нормами, прописанными Конституцией Российской Федерации, Гражданском, Административном Уголовном и других кодексах Российской Федерации, международными конвенциями и соглашениями, а также всевозможными федеральными законами [76].

Говоря о организационно-правовом механизме, обеспечивающем соблюдение конституционных прав на охрану здоровья в нашей стране, нужно понимать, что он представляет собой сложную, цельную, всестороннюю и многоуровневую систему организационно-правовых средств, при использовании осуществляется адресное и высоко результативное воздействие на отношения в сфере реализации, охраны и защиты прав человека на медицинскую помощь за счет взаимообусловленного, сбалансированного функционирования (в т.ч. взаимодействия) всех структурных элементов, любой из которых имеет свое функциональное предназначение, с целью создания оптимальных правовых,

экономических, социальных, политических, духовных, и прочих условий для наиболее эффективного обеспечения прав и свобод человека [40].

Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определены правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан. Цитируемый нормативный акт направлен, в первую очередь, на конкретизацию конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также на закрепление гарантий и механизмов их реализации в современных условиях в рамках сложившейся структуры системы здравоохранения.

Согласно п. 5 ст. 19 Федерального закона № 323-ФЗ пациент имеет право на:

- выбор медицинской организации и лечащего врача;
- профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских учреждениях в условиях, которые соответствуют действующим санитарно-противоэпидемическим и гигиеническим нормам и правилам;
- получение консультаций врачей-специалистов соответствующего профиля деятельности;
- облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием или же медицинским вмешательством, лекарственными средствами и методами, в том числе наркотическими и психотропными лекарственными средствами;
- получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым может быть озвучена информация о состоянии здоровья или самочувствия пациента, которая не идет вразрез с его законными интересами.
- получение лечебного питания (на основании действующих нормативных актов) в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- защиту информации, которая представляет собой врачебную тайну;
- отказ от медицинского вмешательства;

- возмещение вреда, который может быть нанесён здоровью при оказании ему медицинской помощи;

- допуск к больному адвоката или законного представителя для защиты своих прав;

- допуск к пациенту служителя культа, в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для организации религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения (вышеуказанное может быть осуществлено только в том случае, если при проведении данных манипуляций не может быть нарушен действующий внутренний распорядок лечебного учреждения) [59].

Осуществление прав пациента подразумевает под собой наличие механизмов, направленных на претворение, реализацию права в фактической деятельности государственных органов, медицинских организаций, должностных лиц и граждан. Так, в соответствии со статьей 4 цитируемого выше Закона ответственность за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья лежит на органах государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций.

Л.В. Андриченко выделяет 4 формы реализации права. Это:

- соблюдение, являющееся воздержанием от совершения воспрещённых неправомерных деяний;

- выполнение, представляющее собой действие, выражающееся в осуществлении предусмотренных правом норм и обязательств посредством реализации положительных деяний;

- применение, которое может быть охарактеризовано как реализация участниками своих прав, которые, в свою очередь, предусмотрены нормами действующего законодательства;

- использование, представляющее собой процесс, позволяющий государству реализовывать посредством конкретных субъектов правовых требований, которые были им адресованы» [1].

Защита прав пациента и больного - совокупность мер, которые могут быть использованы в тех частных случаях, когда не удается свободно реализовать права пациента (тут имеется в виду, без соответствующей реакции со стороны органов исполнительной власти, федеральных ведомств некоммерческих общественных объединений и организаций и прочее).

Подводя итог, реализацию прав пациентов можно трактовать как комплекс правовых норм, которые организованы наиболее структурированным образом для реализации прав пациента на легкодоступную и высококачественную медицинскую помощь и преодоления сложностей и проблем, которые могут возникнуть на пути его законных интересов.

В настоящее время отличительной тенденцией во многих государствах является преобладание широкого спектра средств досудебной защиты прав и интересов больных над уже длительно существующими судебными (иначе говоря, традиционными). Иными словами, процессуальных механизмов обеспечения прав пациентов на медицинскую помощь и охрану здоровья.

И нельзя не отметить то обстоятельство, что на этом фоне весьма четко выделяется устойчивый рост процента участия различных организаций и компаний в части обеспечения защиты прав пациентов, а также совершенствование и развитие новых высоко результативных процессуальных механизмов и средств, которые встают на защиту прав больных как потребителей медицинских услуг.

Среди процессуальных механизмов защиты прав пациентов можно выделить досудебные и судебные механизмы [32].

В первом случае эффективность досудебного уровня защиты прав больного определяется добровольным признанием виновной стороной совершенных ей врачебных ошибок или нарушений и, как следствие, компенсацией пациенту нанесенного ему вреда.

Досудебный уровень защиты прав пациентов может включать в себя различные механизмы. Это и обращение к главному врачу медицинской

организации (в устном или письменном виде), обращение в региональный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения или территориальный фонд обязательного медицинского страхования, обращение в некоммерческую организацию, специализирующуюся на защите прав пациентов. В крайнем случае, пациент может обратиться в прокуратуру.

Судебный уровень защиты прав пациентов исключает уплату истцом государственной пошлины в случае подаче исков о возмещении вреда, причиненного увечьем, иным повреждением здоровья или смертью кормильца. Исковое заявление, подаваемое больными в случае нарушения их прав и законных интересов должно содержать: сведения о суде, персональные данные истца (ФИО, адрес проживания, контактный телефон), сведения об ответчике, суть нарушения, обстоятельства, на которых истец основывает свои требования, и доказательства, подтверждающие эти обстоятельства. Дополнительно указывается стоимость иска (в том случае, если он подлежит оценке, а также расчет взыскиваемых или оспариваемых денежных сумм и пр. К исковому заявлению прилагается перечень подтверждающих документов [1].

С момента поступления искового заявления в суд судья в течение пяти дней должен рассмотреть вопрос о его принятии к производству.

В зависимости от того, какого вида нарушения прав больного были совершены, а также принимая во внимание, к каким последствиям это привело, в правоотношениях, которые возникают в сфере привлечения к юридической ответственности нарушителя, могут участвовать не одна, а в одно и то же время несколько сторон [69].

Говоря об иных механизмах обеспечения прав пациентов необходимо отметить, что уполномоченными федеральными органами исполнительной власти (к примеру, Министерством здравоохранения Российской Федерации), органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, на которые возложен государственный контроль в сфере охраны здоровья, реализуется контроль в сфере охраны здоровья, который включает

в себя контроль качества и безопасности медицинской деятельности (в свою очередь включает в себя государственный контроль, ведомственный и внутренний контроли), государственный контроль (надзор) в сфере обращения лекарственных средств, государственный контроль за обращением медицинских изделий; федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, государственный контроль в сфере обращения клеточных продуктов биомедицинского происхождения.

На рисунке 1 представлены полномочия органов, осуществляющих государственный контроль в сфере охраны здоровья, регламентированные статьёй 86 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.

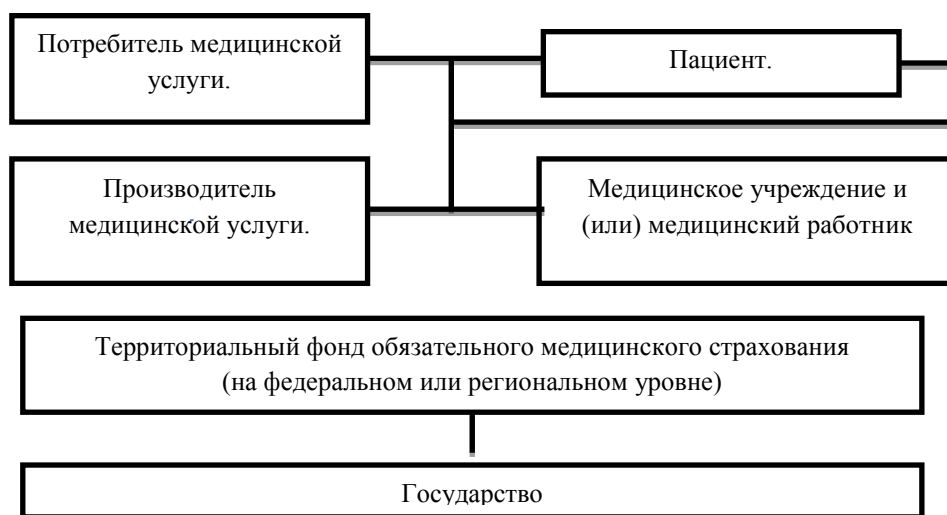


Рисунок 1 – Полномочия органов, осуществляющих государственный контроль в сфере охраны здоровья

Говоря о финансовых механизмах обеспечения прав пациентов в первую очередь необходимо установить, какие алгоритмы могут быть применены лицами, материально заинтересованными в охране прав больного. С этой целью можно разделить все вероятные варианты нарушений прав больного при обращении в медицинские организации за профильной помощью на следующие категории [50]:

- нарушение прав больного на оказание медицинской помощи в должном объёме и качестве: неоправданный отказ в оказании медицинской помощи:

При поступлении обращения гражданина, содержащего информацию о необоснованном отказе в оказании медицинской помощи (неправомерный отказ от направления на лечение в условиях стационара, необоснованный отказ в помещении в стационар, необоснованный отказ в оказании экстренной / неотложной медицинской помощи, первичной медико-санитарной или специализированной медицинской помощи) организуется запрос документов (в том числе таких как медицинская документация пациента), подтверждающих данный факт.

В том случае если доводы, изложенные в обращении гражданина, имеют основание, территориальный фонд обязательного медицинского страхования в соответствии со статьей 64 Федерального закона № 323-ФЗ может инициировать организацию экспертизы качества медицинской помощи либо перенаправление поступившего обращения по подведомственности в страховую кампанию для его рассмотрения по существу обозначенных обстоятельств и принятия оперативных мер реагирования, к примеру, вынесение в отношении виновной медицинской организации финансовых санкций [5].

В процессе реализации мероприятий экспертизы по поступившему обращению необходимо установить, имели ли место следующие обстоятельства:

- действительно ли причины отказа в оказании медицинской помощи полностью обоснованы;
- был ли причинен вред здоровью пациента указанными обстоятельствами, или же нет;
- существует ли причинно-следственная связь между вредом, который был нанесен здоровью застрахованного больного и неоправданным отказом в оказании ему медицинской помощи.

Если установлено, что действиями медицинского персонала вред здоровью пациента нанесён не был, акт экспертизы качества перенаправляется администрации медицинской организации. В акт выносятся рекомендации в отношении обратившегося пациента (оказать ему медицинскую помощь, направить на госпитализацию в стационар либо выдать ему направление на оказание ВМП, и пр.)»

Если руководство медицинской организации соглашается с результатами проведенной экспертизы, ответным письмом она информирует территориальный фонд обязательного медицинского страхования либо страховую компанию о мерах, которые были предприняты после получения акта.

В случае несогласия с результатами экспертизы руководство медицинской организации имеет право затребовать проведение повторной экспертизы качества.

По конечным результатам экспертизы руководству медицинской организации может быть рекомендовано принять административные меры по привлечению конкретных сотрудников подведомственной медицинской организации к дисциплинарной ответственности [13].

В тех случаях, когда неоправданный отказ в оказании медицинской помощи причинил вред здоровью застрахованного больного (например, усугубил текущее проявление болезни), акт экспертизы качества медицинской помощи должен быть направлен юристам страховой компании или территориального фонда обязательного медицинского страхования для подготовки и реализации претензионно-исковых мероприятий.

Когда факт отказа в оказании медицинской помощи признается необоснованным, территориальный фонд обязательного медицинского страхования имеет право представить в отношении руководства медицинской организации требования о компенсации вреда, который был нанесен здоровью (или даже жизни) больного.

В тех случаях, когда после получения вышеуказанного требования руководство медицинской организации изъясляет отказ в возмещении нанесенного вреда в добровольном порядке, то его возмещение (включая, в том числе, моральный вред), может быть выполнено в исковом порядке по нормам, содержащимся в главе 59 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

В случаях, предусмотренных, соглашением между медицинским учреждением и территориальным фондом обязательного медицинского страхования (страховой компанией), территориальный фонд обязательного медицинского страхования имеет полномочия направить в отношении медицинской организации определенные финансовые санкции.

Говоря о тех случаях, когда после проведения экспертизы обнаруживаются признаки состава преступления, виновный сотрудник учреждения медицины может быть привлечён к уголовной ответственности по нормам, описанным статьей 124 Уголовного Кодекса Российской Федерации [69].

Так, причиной для возбуждения уголовного дела может послужить направленное в органы прокуратуры или следственного комитета обращение пациента или информация от территориального фонда обязательного медицинского страхования (страховой компании).

- низкая степень качества оказанной медицинской помощи либо дефекты в оказании медицинской помощи, несоответствие качества и объёма медицинской помощи установленным стандартам медицинской помощи (в том случае, если они не привели к причинению вреда жизни и здоровью застрахованного лица):

Обращение пациента может содержать факты о некачественном/ненадлежащем оказании медицинской помощи, неуверенность в корректности осуществленного или назначенного лечения (но только в тех случаях, когда не идет речь о нанесении вреда здоровью застрахованного пациента).

В случаях, описанных выше, также может быть проведена экспертиза качества медицинской помощи. Если после проведения проверки экспертом будут установлены дефекты в оказании больному медицинской помощи, то территориальный фонд обязательного медицинского страхования вправе поставить вопрос о привлечении медицинского учреждения к гражданской ответственности [45].

Если экспертизой установлено, что изъяны при оказании медицинских услуг, которые входят в территориальную программу государственных гарантий оказания медицинской помощи, могут быть исправлены путем получения платных медицинских услуг, застрахованный может выступить с требованием к медицинскому учреждению о:

- неоплачиваемом устранении дефектов оказанной медицинской услуги;
- повторного внеочередного оказания медицинской помощи;
- компенсации затрат, которые были затрачены застрахованным пациентом с целью устранения дефектов оказанной ему ранее медицинской услуги (в данном случае либо своими силами, либо иными лицами);
- возмещении морального ущерба как в исковом порядке, так и в досудебном порядке.

Равным образом администрация медицинского учреждения имеет право привлечь виновного работника к дисциплинарной ответственности.

В случаях, предусмотренных договорами медицинских организаций со страховыми компаниями, страховая компания может наложить на медицинскую организацию такие финансовые санкции как:

- проведение повторного лечения на безвозмездной основе (в том случае, если лечение было оплачено);
- частичный отказ от платы;
- полный отказ от платы.

Низкий показатель степени качества или несовершенства в оказании медицинской помощи, отклонение в объёме и качестве оказанных

медицинских услуг установленным стандартам, которые повлекли причинение вреда здоровью или смерть застрахованного больного:

В случае поступления от застрахованного гражданина данного вида обращения проводится целевая экспертиза качества оказанной медицинской помощи [4].

Перед экспертами, задействованными в проведении экспертизы, стоят следующие вопросы:

- установить, действительно ли имело место обстоятельство причинения вреда жизни и здоровью, если да, то установить характер нанесенного вреда;

- незаконность действий сотрудников медицинской организации (организаций);

- имела ли место взаимосвязь между незаконными действиями медицинских работников и степенью нанесенного здоровью больного ущерба.

В случае нанесения ущерба здоровью и жизни медицинскую организацию могут привлечь к гражданской ответственности в строгом соответствии с нормами, регламентированными главой 59 Гражданского Кодекса Российской Федерации. Право на возмещение убытка имеет как сам пациент, так и его родственники в случае наступления летального исхода.

За избегание или несвоевременное исполнение предписаний о прекращении нарушений прав застрахованных лиц (потребителей медицинских услуг) медицинскую организацию можно привлечь к таким видам административной ответственности как:

- штрафы со стороны органов, осуществляющих контроль за соблюдением санитарно-противоэпидемиологических норм;

- штрафы от федерального органа по стандартизации, метрологии и сертификации.

Страховая компания или территориальный фонд обязательного медицинского страхования своевременно уведомляют указанные ранее

органы как о факте установления нарушения (или о его прекращении) прав застрахованных лиц, так и об исполнении (неисполнении) выданных предписаний, нарушений прав пациентов.

Если сотрудник медицинской организации признан виновным, то его можно привлечь (в зависимости от степени тяжести причиненного вреда) к дисциплинарной или уголовной ответственности. К примеру, в случае причинения смерти по неосторожности из-за несоответствующего исполнения своих должностных обязанностей. О данном факте страховая компания или территориальный фонд обязательного медицинского страхования в обязательном порядке уведомляют следственный комитет и органы прокуратуры.

В случае инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи, также возможно привлечение виновных сотрудников к вышеуказанным видам ответственности.

В этом случае застрахованное лицо может подать исковое заявление о компенсации морального ущерба.

Помимо этого орган, непосредственно осуществляющий финансирование, вправе применить к медицинской организации штрафные санкции (в строгом соответствии с договором) или же не оплатить оказанные медицинские услуги.

Применение негуманных (причиняющих боль) способов лечения при возможности их исключения либо применения иных, гуманных способов.

При установлении обращения (жалобы) обоснованным возможно предъявление искового заявления о возмещении моральной компенсации нанесенного ущерба здоровью. В данном случае виновным сотрудникам медицинского учреждения должны быть применены меры дисциплинарной ответственности.

Неоправданное взыскание или назначение платы за лечение.

В случае поступления такого рода обращения (жалобы) от пациента проводится проверка, при которой устанавливаются факты и причины, приведшие к необоснованному взиманию платы за проведенное лечение.

В подобных ситуациях пациенты вправе подать обращение в страховую компанию или территориальный фонд обязательного медицинского страхования с вопросом об объективности взимания платы за оказанные медицинские услуги. В данном варианте юристы вышеуказанных организаций представляют застрахованным пациентам разъяснения по существу обозначенных вопросов.

В свою очередь руководству медицинской организации возможно предъявление требований о прекращении необоснованного взимания оплаты за медицинскую помощь. В случае если руководство медицинской организации не согласно, страховая компания или территориальный фонд обязательного медицинского страхования адресуют своё заключение в орган исполнительной власти субъекта в сфере здравоохранения.

Застрахованные лица имеют право предъявить к медицинской организации претензию либо иск о возврате необоснованной оплаты за медицинскую помощь и взыскать компенсацию за моральный ущерб.

Представлять интересы и защищать права пациента в суде могут юристы страховой компании или территориального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с доверенностью, которой определены полномочия законного представителя на сопровождение и ведение дела в судебной инстанции. Необходимо отметить, что до суда полномочия и права законного представителя должны пройти удостоверение нотариусом.

Так же, в соответствии со статьей 42 Гражданско-процессуального Кодекса Российской Федерации страховая компания, а иногда и территориальный фонд обязательного медицинского страхования, имеют право обратиться в суд самостоятельно, в защиту прав и интересов застрахованного пациента.

Злоупотребления со стороны сотрудников медицинских организаций.

В случае если обращение (претензия, жалоба) содержит информацию о фактах злоупотребления со стороны сотрудников медицинских организаций, данное обстоятельство должно быть установлено экспертизой.

В случае выявления нарушений конкретные медицинские работники привлекаются к ответственности в рамках закона.

Помимо этого пациент в судебном порядке может предъявить иск к медицинской организации о компенсации морального ущерба.

Нарушения режима лечения и его условий.

В случае установления фактов и причин нарушения режима лечения при поступлении обращений (жалоб) от застрахованных пациентов, страховая компания (территориальный фонд обязательного медицинского страхования) отправляет подготовленное заключение либо в медицинскую организацию, либо в орган исполнительной власти в сфере здравоохранения для принятия мер и вынесения дисциплинарного взыскания к виновным сотрудникам медицинского учреждения.

За нарушение норм санитарного законодательства также возможно привлечение к административной ответственности руководителей медицинских организаций Управлением территориального Роспотребнадзора.

Нарушение прав пациента в части его информированности о диагнозе, вероятном риске, результатах оказания медицинской помощи и ее последствиях, на сохранение информации, являющейся медицинской тайной [27].

В последнее время вопрос соблюдения врачебной тайны в медицине стоит наиболее остро. Являясь сотрудником органа исполнительной власти в сфере здравоохранения, в своей ежедневной практике я регулярно сталкиваюсь с данным понятием, и, как правило, это происходит при подготовке ответов на обращения граждан.

История медицинской тайны уходит корнями в Древний Рим, где медицину называли искусством молчания. Первые правила были сформулированы в моральном кодексе врачебной этики - Клятве Гиппократата: «Чтобы при лечении, а также и без лечения, я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной» [55].

Законодательное определение понятие «тайны» в Российской Федерации отсутствует. В данном вопросе я солидарна с И.А. Бурмейстер, которая полагает, что «по своей правовой природе тайна является своего рода информацией, охраняемой нормами морали и права» [9].

В свою очередь в статье «О некоторых проблемах терминологии законодательства о врачебной тайне» Павлов А.В. исходит из того, что «применяемый в законодательстве термин «врачебная тайна» тождествен термину «медицинская тайна», при этом применение последнего видится более корректным». Автор объясняет это тем, что «термин «врачебная тайна» не в полной мере отражает как сущность, так и содержание исследуемого понятия. Его этимология в настоящее время объясняется ремеслом врача или исполнением им своих профессиональных (врачебных) обязанностей, что недостаточно, поскольку в практической деятельности, помимо врачей, круг обязанных лиц является более широким: в оказании медицинской помощи (медицинских услуг), помимо врачей, участвует ряд иных лиц» [38].

Подходя к определению самого термина можно заметить, что сегодня «врачебная тайна также является не только медицинским, но и социально-этическим, правовым определением. Оно включает в себя запрет в отношении медицинского работника сообщать информацию о состоянии здоровья пациента третьим лицам. Помимо этого врач не имеет права информировать других лиц о результатах лабораторно-инструментальных исследований, а также о самом факте обращения конкретного пациента за медицинской помощью» [12].

Принцип соблюдения врачебной тайны выступает юридической гарантией прав человека в сфере здравоохранения, в частности, «препятствует дискриминации по признаку наличия у человека (как конкретного человека, так и члена его семьи) какого-либо заболевания» [57].

В случае, когда человек заболевает, его близкие стараются быть рядом, мотивируют его к выздоровлению, ежечасно проявляют заботу. Находясь с больным человеком в одной квартире, они всегда в курсе состояния его здоровья [38].

Зачастую отказ в информировании родственников вызывает бурю негодования и в конечном итоге выражается в виде большого количества жалоб, одновременно поступивших в различные инстанции: от региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения до администрации Президента Российской Федерации.

В то же время, как верно отметила своей статье М.А. Рычева, «в медицинские организации также часто приходят адвокатские запросы с требованием предоставить информацию о тех или иных пациентах. Работодатели тоже нередко интересуются здоровьем своих работников, особенно если последние злоупотребляют в предоставлении листков временной нетрудоспособности» [58].

Пушкарева А.Н. в своем труде полагает, что «правовая природа врачебной тайны позволяет ее отнести к тайне профессиональной. Правовой режим профессиональной тайны характеризуется частноправовой природой и составляет обязанность не разглашать сведения, ставшие известными врачам и иным медицинским работникам в процессе их деятельности при оказании медицинских услуг и иной медицинской деятельности. Основное отличие данной группы сведений конфиденциального характера от сведений, функционирующих в административно-правовых режимах служебной тайны и персональных данных, в том, что медицинские работники не являются государственными или муниципальными служащими» [47].

Сегодня можно с уверенностью утверждать, что проблема соблюдения врачебной (медицинской) тайны пациента «не только не исчерпала ресурса для научного, а равно судебно-правового исследования, но, напротив, открывает свои новые грани и измерения» [6].

Так, как утверждает Акулин И.М. в своей статье, «повсеместная цифровая трансформация оказывает влияние на многие социальные сферы, в том числе и на здравоохранение. Переход к электронному (цифровому) здравоохранению неизбежно влечет их глобальную переоценку, возникают новые риски и потенциальные проблемы в части обеспечения информационной безопасности и защиты приватности, которая в широком смысле охватывает собой персональные данные и сведения, относящиеся к различным видам тайн, включая врачебную [2].

Для формирования правовой действительности, в которой будут нивелированы указанные риски и защищены интересы как пациентов, так и врачей и где в то же время будут созданы условия для интеграции передовых технологий в систему здравоохранения, необходимо с предельным вниманием отнестись к происходящему нормотворчеству, а также выработать комплекс предложений по развитию нормативного правового регулирования, которое в первую очередь обеспечит защиту института врачебной тайны в период цифровой трансформации. В частности, на законодательном уровне должны быть определены формы электронных документов и пересмотрен круг субъектов, имеющих доступ как к персонализированной, так и к деперсонализированной информации о состоянии здоровья, определены условия, при которых возникает право доступа к информации вне зависимости от волеизъявления пациента. Вместе с тем для соблюдения прав пациентов, в том числе обеспечения права на конфиденциальность, а также для усиления защиты от несанкционированного доступа или утечки данных необходимо на федеральном уровне законодательно закрепить меры, обеспечивающие

безопасность и сохранность данных, основанных на передовых технических решениях в сфере цифровых технологий» [16].

Изложенное выше ярко демонстрирует в своей работе Киселев А., приводя пример с медицинской сестрой, которая была уволена за размещение на своей странице в социальной сети фото палаты с пациентками с циничным комментарием [19].

Поиск наиболее оптимальной модели взаимоотношений государства и личности, отдельного индивида и общества в целом так или иначе упирается в ряд проблем, которые на протяжении длительного периода не находят единообразного разрешения. Одной из таких проблем является правовое регулирование режима врачебной тайны, в особенности это касается обеспечения медицинской тайны при исполнении публичного договора об оказании медицинских услуг [28].

Следует признать, что «современное общество, к сожалению, характеризуется несколько пренебрежительным отношением и неуважением к обеспечению сохранения медицинской (врачебной) тайны сотрудниками медицинских учреждений» [24].

Говоря о нормативных правовых актах, которыми регулируется понятие «врачебная тайна», в первую очередь нужно сказать о статье 13 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с которой сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам допускается с письменного согласия гражданина или его законного представителя [39].

С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского

обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях [26].

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в отдельных случаях, таких как угроза распространения инфекционных заболеваний, запрос органов дознания и следствия, проведение медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, информирование органов внутренних дел, а также при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах.

Вторая часть статьи 13 («Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей») постановлением Конституционного Суда Российской Федерации от 13.01.2020 г. № 1-П «По делу о проверке конституционности частей 2 и 3 статьи 13, пункта 5 части 5 статьи 19 и части 1 статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в связи с жалобой гражданки Р.Д. Свечниковой» признана частично не соответствующей Конституции Российской Федерации в той мере, в какой в системе действующего правового регулирования неопределенность их нормативного содержания не позволяет определить условия и порядок доступа к медицинской документации умершего пациента его супруга (супруги), близких родственников (членов семьи) и (или) иных лиц, указанных в его информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство [41].

Собственно, в этом и проявляется пробел правового регулирования.

Пунктом 5 части 5 статьи 19 цитируемого Закона предусматривается право пациента на получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

На основании части 1 статьи 20 вышеуказанного Федерального закона необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи [35].

Таким образом, мы полагаем, что наличие информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство может являться основанием для выдачи другому лицу медицинских документов и дает право на получение информации о диагнозе и состоянии здоровья пациента. При этом правом получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы, их копии и выписки из них, а также правом непосредственно знакомиться с ними обладает исключительно сам пациент и его законный представитель.

Данный вывод сделан на основании того, что действующее законодательство в сфере охраны здоровья не предусматривает подписания пациентом иного - помимо информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство - документа, предусматривающего разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, и предоставления права на получение после его смерти копий медицинской документации другому лицу, притом что родственники умершего, желающие получить доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну, могут располагать сведениями о фальсификации медицинской документации.

Таким образом, для решения данного несовершенства в области действующего законодательства Федеральному законодателю надлежит внести в действующее правовое регулирование изменения, которые позволят нормативно определить условия и порядок доступа к медицинской документации пациента.

7. Несоответствия в оформлении, представление не соответствующей или отсутствие медицинской документации, статистических или финансовых форм.

При поступлении обращения гражданина может быть проведена аналитическая экспертиза, по итогам которой определяются факты и исследуются причины, которые привели к нарушению. По итогам экспертизы заключение (акт) отправляется в медицинское учреждение в целях применения санкций в отношении виновных сотрудников.

2.2 Практика применения систем обязательного и добровольного медицинского страхования в Российской Федерации. Государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения Российской Федерации

Основным нормативным актом, регулирующим правоотношения, возникающие в части реализации обязательного медицинского страхования (ОМС), а также выражающим правовое состояние составляющих элементов ОМС, членов системы ОМС, основные принципы возникновения их обязанностей и прав, их обеспечение, отношения и ответственность, связанные с компенсацией страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, является Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В свою очередь правила организации обязательного медицинского страхования регламентированы Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» [67].

Как поясняет Н.В. Рощепко, «договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - ОМС) служит основанием осуществления медицинской организацией деятельности в системе ОМС. Он возлагает на медицинскую организацию обязательства по предоставлению медицинской помощи застрахованному в объеме соответствующей программы ОМС. В свою очередь, обязанность по оплате последней несет страховая медицинская организация. Таким образом, целевые средства ОМС, перечисляемые в пользу медицинской организации, есть плата за предоставленную ими медицинскую помощь.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) представляет возможность в дополнение к гарантированному государством объему обязательной помощи получить дополнительные услуги медицинского характера.

В настоящее время в Российской Федерации отсутствует специальный федеральный закон, регулирующий правоотношения в области ДМС, следовательно, разработанные и утвержденные конкретной страховой компанией, объединением страховщиков, являются базовым документом, на основании которого заключается договор ДМС.

ДМС осуществляется на основе договора, заключенного между страхователем (работодателем либо гражданином) и страховщиком (страховой компанией). После оформления договора застрахованные лица получают полисы ДМС.

Договор ДМС гражданин может заключить лично, посетив страховую компанию, взяв на себя обязательства по оплате страховых взносов и выбрав программу лечения в медучреждении, либо работодатель заключает договор

ДМС, неся при этом расходы и обеспечивая своих сотрудников страховками ДМС по программе и стоимости, устраивающих работодателя.

Работодатель с учетом своего финансово-экономического положения имеет право установить льготы и преимущества для работников, условия труда, более благоприятные по сравнению с установленными законами, иными нормативными правовыми актами, соглашениями» [50].

Гарантии по предоставлению сотрудникам страховок ДМС должны быть прописаны работодателем в трудовом договоре либо коллективном договоре. То есть предоставление дополнительного лечения сотрудникам не является обязательной гарантией, предоставляемой работодателем.

Истечение срока действия трудового договора или его прекращение не влечет обязанности работника вернуть денежные средства, уплаченные за его лечение. Однако пользоваться ДМС после увольнения работник не может, полис ему придется вернуть работодателю.

Во взаимоотношениях между страховой компанией и работодателем по вопросам добровольного страхования, как правило, не возникает сложностей и споров, и работники обычно довольны возможностью пройти лечение за счет компании [27].

Необходимо отметить тот факт, что на настоящий момент времени на площадке медицинских услуг Российской Федерации помимо вышеизложенных услуг также присутствуют услуги здравоохранения, оказываемые в рамках системы частного здравоохранения.

Существование трех описанных выше систем приводит к возникновению сложностей при получении потребителем медицинских услуг по следующим причинам.

Так, появляется большое число правовых обстоятельств в вопросе осуществления, правового закрепления и правового режима услуг в сфере здравоохранения в рамках вышеуказанных систем.

К подобным по содержанию, характеристикам и пр. объектам гражданских правоотношений - медицинским услугам - законодательное и правоприменительное отношение на сегодняшний день различается.

В конкретном случае разговор идет о платных и бесплатных медицинских услугах в отношении пациента. Для полноценного правового вывода, разрешающего правовую проблему данного отличия, нужно провести системный анализ упомянутых ранее категорий.

На текущий день рыночные отношения в области предоставляемых в сфере здравоохранения услуг шаг за шагом замещают монополию государственной системы здравоохранения.

В соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности» и другими изданными действующими нормативными актами Российской Федерации, право на реализацию медицинской деятельности в нашей стране имеют индивидуальные предприниматели и юридические лица.

Если провести разбор правовой природы отношений в части оказания медицинской помощи, возникающих между медицинской организацией и пациентом на прямой платной основе, то можно заявить о применении к ним в полном объеме главы 39 актуальной редакции Гражданского Кодекса Российской Федерации, а также норм Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей» [13].

Проведя анализ правоотношений в области предоставления медицинских услуг в сфере ДМС, допустимо сделать аналогичное заключение. И даже несмотря на тот факт, что происхождение указанных выше правоотношений в какой-то степени различается, конструкция соглашения (договора) в пользу 3-го лица, предусмотренная статьей 430 Гражданского Кодекса РФ, может быть применена к ним в полном объеме.

Одновременно к похожим услугам, оказываемым в области обязательного медицинского страхования, из-за недостаточной

законодательной проработки по вопросу регламентации их правового положения, в практике данные нормы не применяются.

Таким образом, учитывая вышеизложенное, пациент, являющийся потребителем медуслуг, оказывается в ситуации наименьшей защищенности и гарантированности при оказании одного и того же вида медицинской помощи в различных системах здравоохранения, что нельзя признать юридически корректным и обоснованным в силу ряда причин, о которых пойдет речь ниже.

Так, первое и наиболее основательное утверждение, подтверждающее неверность настоящего состояния дел, связан с тем, что медицинские услуги, оказываемые в системе обязательного медицинского страхования, считаются условно бесплатными, однако безвозмездными они являются лишь для больного (пациента).

В то же время для всех прочих участников данного вида правоотношений услуги бесплатными не являются. Законодатель, используя конструкции соглашений возмездного оказания медицинских услуг, предполагает обеспечение оплаты в отношении, прежде всего, непосредственного исполнителя медицинских услуг, что особенно наглядно получает отражение в системе обязательного медицинского страхования.

Сотрудник медицинской организации (врач, средний медицинский персонал) получает денежную компенсацию (заработную плату) за оказанные им медицинские услуги, а медицинское учреждение, в свою очередь, субсидируется собственником. И вся эта процедура осуществляется за счет финансовых средств, которые кому-то принадлежат (например, за счет взносов налогоплательщиков в фонд обязательного медицинского страхования [14]).

Как определить, чем описанные выше правоотношения различаются в правовом смысле от возмездных?

В соответствии со статьей 423 Гражданского Кодекса Российской Федерации договор, по которому сторона должна получить плату или иное

встречное предоставление за исполнение своих обязанностей, является возмездным.

В данном случае, точно также как и в системе дополнительного страхования, обратное предоставление может предъявляться третьим лицом (в соответствии со статьей 430 цитируемого выше Кодекса).

Правоотношения в сфере оказания медицинских услуг в системах государственного, муниципального и частного здравоохранении также различаются только по способу, но и по получателю выплаты.

Учитывая вышеизложенное, в строгом соответствии с этим на правоотношения в сфере оказания медицинских услуг в системе ОМС в полном объеме должны быть применены требования возмездного оказания медицинских услуг, а также требования действующего законодательства в области защиты прав потребителей.

Следующий, не менее важный, аргумент, дающий преимущество необоснованно использовать в практической описанное выше различие правовых режимов в отношении платных и бесплатных медицинских услуг, связан с тем, что, с точки зрения законодателя, государственные и муниципальные медицинские организации в системе ОМС не являются предпринимателями. Так, в соответствии со статьей 120 Гражданского Кодекса РФ государственные и муниципальные медицинские организации в системе ОМС являются некоммерческими организациями, финансируемыми собственником полностью или частично.

В такой ситуации пациент как потребитель медицинских услуг опять теряет определенные гарантии и преимущества, если сравнивать с системой частного здравоохранения.

Так, на медицинское учреждение не могут распространяться требования о публичном договоре, которые предусмотрены статьей 426 Кодекса. Данное обстоятельство связано с тем, что в силу действующих норм закон он может быть заключен только коммерческой организацией [14].

Также, не являясь, с точки зрения законодателя, предпринимателем, учреждение медицины не будет нести бремя особой ответственности в случае, если здоровью больного будет нанесен ущерб, что может быть применено в системе частной медицины.

Вышеуказанная ситуация нам представляется категорически неверной в силу следующих обстоятельств, которые необходимо принимать в расчет:

1. вне зависимости от получателя компенсации платный характер всего спектра оказываемых медицинских услуг;
2. по факту, «вредоносная» и рисковая форма всей медицинской помощи.

Таким образом, если смотреть на данную ситуацию со стороны пациента, то, учитывая все сказанное ранее, он оказывается по факту наименее защищенным от различных отрицательных и негативных последствий, которые могут возникнуть по причине врачебных ошибок или, к примеру, индивидуальных реакций организма на тот или иной вид лечения и т.д.

Если учесть вышеуказанные доводы, а также тот факт, что по факту медицинские организации практически не финансируются государством либо муниципалитетом, то учреждения медицины сфер государственной и муниципальной системы здравоохранения являются схожими предпринимателями, что находит отражение и в частной медицине.

Более того, в силу такого «некоммерческого» характера деятельности медицинских организаций к ним не может быть отнесен ряд определенных имущественных норм и правил, правил применения рекламы, налогообложения, иными словами, норм публично-правового управления их деятельностью.

Из сказанного выше можно предположить, что в системе обязательного медицинского страхования больной имеет право на получение медицинских услуг в условиях, не соответствующих санитарно-противоэпидемическим

требованиям, требованиям пожарной безопасности, строительным правилам и нормам.

Одновременно, руководствуясь точкой зрения антимонопольного законодательства, это еще и правонарушение в форме монополистической деятельности органов исполнительной власти, представляющих льготы отдельным хозяйствующим субъектам на рынке одного и того же товара, в частности - медицинской услуги.

Выпадение оказания медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования из сферы предпринимательства приводит еще и к тому, что из-за «некоммерческого» характера отношений к ним не могут быть отнесены нормы об обычаях делового оборота, использование которых в сфере здравоохранения на сегодняшний день весьма значительно.

Кардинальная реформа правовых норм, произошедшая в области коммерческого (хозяйственного) права, совместно с активной коммерческой деятельностью субъектов медицинского рынка позволяют говорить не только о появлении такого специфического явления, как обычаи делового оборота в медицинском предпринимательстве), но и о том, что обычай делового оборота может быть применен в новейшей российской практике медицинского права в качестве источника права.

Использования обычаев делового оборота в области медицины и здравоохранения, их значимость и своевременность не вызывают опасений. Но только в области частного здравоохранения возможно употребление данного рода обычаев, поскольку статьей 5 Гражданского Кодекса установлено, что данного рода правило поведения сложилось и активно применяется в сфере предпринимательской деятельности, к которой на сегодняшний день не относится система ОМС.

Все вышеизложенное оставляет безусловного потребителя медицинских услуг – пациента, прав, на дополнительные гарантии, должное качество медицинской помощи и прочие присущие ему права в сфере

частной медицины, которые в системе государственной медицины невольно упраздняются.

Поэтому конкретно эта сфера деятельности должна быть полностью отрегулирована законодателем с предоставлением повышенных гарантий для потребителя медицинских услуг и, как уже было сказано, повышенного объема ответственности.

Следующая причина, по которой правовое различие платных и неоплачиваемых медицинских услуг недопустимо, связана с тем, что, даже будучи некоммерческими организациями, учреждения имеют право на осуществление предпринимательской деятельности. Третий пункт статьи 50 Гражданского Кодекса ограничивает данное право целями, для которых организация была создана.

В своей ежедневной практической деятельности учреждения здравоохранения активно пользуются данным правом, что в итоге приводит к недопустимому положению, так как оказывать услуги в одном том же помещении, используя одни и те же расходные материалы (препараты, изделия медицинского назначения), одно и то же оборудование, и пр. только платно для пациента, намного выгоднее для больницы, чем требовать от страховой компании компенсации за оказанную медицинскую услугу.

Такое положение дел создает почву для злоупотреблений со стороны учреждения здравоохранения. Приведу простой пример. Платные услуги оказываются в одном и том же учреждении, что и бесплатные, в соответствии с утвержденным прейскурантом. Для пациентов, которые выбрали данный вид услуг, имеются специальные привилегии: к примеру, выделенное время или кабинет приема врачом или отсутствие необходимости ждать в очереди на прохождение лабораторно – инструментальных исследований и т.д.

Таким образом, пациент вынужденно, точнее неосознанно – «добровольно» в угоду своего комфорта и сохранения временного ресурса платит за медицинскую услугу даже в тех случаях, когда он может получить ее абсолютно бесплатно.

И данное обстоятельство, безусловно, нельзя расценить как «свободу выбора и действий» и, как следствие, расширение прав пациентов. Наоборот, факторы, описанные выше, создают пациентам такие условия, в которых они могут сделать свой выбор исключительно в сторону платных медицинских услуг. И все это потому, что больной не делает выбор между одинаковым и равным, иначе, он делает выбор между медленным и быстрым, качественным и менее ответственным и пр., иными словами, между лучшим и худшим.

Другая причина, которая демонстрирует сложность и, в свою очередь, недопустимость использования такого правового положения в сфере оказания медицинских услуг, связана с организацией осуществления медицинской деятельности в России.

Возьмем простой пример. Наличие посреднических организаций в системе обязательного мед. страхования - страховых компаний и фондов ОМС – обязательно. Они изначально были запланированы законодателем в качестве организаций, на которых возложены функции по организации и обеспечению контроля за качеством медицинских услуг в вышеуказанной системе. Ни одной правовой конструкцией, которая была бы предусмотрена Гражданским Кодексом, такая правовая природа правоотношений не соответствует. Можно сделать вывод, что она, скорее, относится не к договору в сторону третьего лица, а к его прямой обязанности. Обязанности, которая предполагает собой необходимость оплатить услугу и провести контроль качества [17].

На практике контроль качества данными организациями не проводится. На мой взгляд, функция распределения финансовых потоков это первоочередная выполняемая ими задача. И это довольно логично: зачем организациям, не нуждающимся в улучшении состояния здоровья пациента, осуществлять регулирование и контроль за качественным оказанием услуг для него.

Возможно, данного рода форма контроля качества допустима в иных сферах отношений, но не в области медицины, где только сам больной может

определить, какие услуги и у какого врача-специалиста он хочет получить, а также в какое время их хочет.

Общеизвестно, что право на выбор медицинской организации в практике полис ОМС не предоставляет в связи с тем, что данный документ является декларативным, и пациенту, как бы он ни желал, так или иначе придется обращаться в ту медицинскую организацию, к которой его полис территориально прикреплен (к слову, в соответствии с частью 2 статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ для получения первичной медико-санитарной помощи пациент может выбирать любую медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, но не чаще одного раза в год (исключением являются случаи изменения места жительства или места пребывания гражданина). В выбранном медицинском учреждении пациент выбирает (также не чаще чем один раз в год) врачей: терапевта, врача-терапевта участкового, педиатра, педиатра участкового, семейного врача или фельдшера посредством подачи заявления лично или через своего представителя на имя главного врача медицинской организации, с учетом согласия врача).

Нельзя оспорить тот факт, что описанное выше положение вещей нужно признать правильным, особенно если вынести на первый план тот факт, что у любого больного всегда присутствует желание вылечиться или провести какие-либо обследования, медицинские мероприятия, целью которых всегда будет его общее самочувствие и состояние здоровья.

Все приведенные мною в данном параграфе аргументы являются базовыми, но в то же время не исчерпывающими. Они указывают на необходимость формирования и применения в будущем единообразного правового подхода и режима в отношении всех без исключения оказываемых медицинских услуг в нашей стране.

Доступная и качественная реализация прав пациента на получение медицинских услуг может быть достигнута лишь в единых условиях.

И это те условия, где предоставление пациенту платных и бесплатных медицинских услуг осуществляется по-раздельности, а лучше – в разных медицинских организациях.

Право пациента на медицинскую помощь государственными и муниципальными медицинскими организациями должно быть реализовано бесплатно для обратившегося за ее оказанием.

В самом оптимальном положении дел законодательство обязано пойти по пути общего правового и экономического подхода в отношении организации оказания медицинской помощи в Российской Федерации в целом [68].

Такого рода система должна максимально защищать больного, быть простой и прозрачной, регламентировать гарантии и права пациента в сфере здравоохранения

Глава 3 Обеспечительные механизмы гарантирования конституционного права на охрану здоровья граждан Российской Федерации.

3.1 Цели и задачи государственной политики по совершенствованию обеспечительных механизмов гарантирования конституционного права на охрану здоровья граждан Российской Федерации

Охрана здоровья населения и развитие медицинской деятельности являются важнейшими основополагающими направлениями правового регулирования любого цивилизованного общества.

Если провести правовой анализ, то можно отметить тот факт, что в дореволюционной России имело место быть довольно обширное законодательство в области охраны здоровья. Так, первый закон в данной области появился еще во времена царствования Михаила Федоровича, в 1640 году, и носил имя «О предосторожностях от скотского падежа и предохранении людей от болезней». Позже, в 1649 г. был издан Закон «О предосторожностях от морового поветрия в Москве».

Медицинское законодательство было направлено на регулирование наиболее актуальных на тот момент времени проблем, которые были связаны непосредственно с охраной здоровья населения. В качестве примера можно привести Закон «О мерах борьбы с опиумокурением», являвшийся по сути первым антинаркотическим законом (принят в 1915 году).

Тем не менее, учитывая неоспоримое значение правового регулирования отношений, возникающих в сфере охраны здоровья, в деятельности любого цивилизованного общества, законодательное

обеспечение прав граждан на охрану здоровья до 1990 г. в Российской Федерации было довольно скромным. Так, базовыми нормативными актами являлись Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении и Закон РСФСР «О здравоохранении».

В период крупнейших трансформаций, произошедших в 90-х годах, в нашей стране были проведены глубокие социальные и экономические реформы, затронувшие все сферы общественных отношений и, в том числе, здравоохранение.

Как считает Н. Герасименко, «Смена государственного устройства, рассредоточение управления, разделение единой системы здравоохранения на государственную, муниципальную и частную поставили в повестку дня необходимость более четкой правовой регламентации медицинской деятельности и организации работы органов и учреждений здравоохранения. Существенное влияние на этот процесс оказал и резкий рост информированности общества о международном опыте правового регулирования сферы здравоохранения и прав человека» [11].

После того, как на постоянной основе был сформирован Российский парламент, можно отметить чрезвычайную активность в сфере законодательной деятельности. Так, в период с 1990 по 1993 гг. в области здравоохранения были приняты семь законов.

После роспуска Верховного Совета Российской Федерации и образования Государственной Думы Российской Федерации в 1993 г., в период 1994—1995 гг. законотворческая работа в области охраны здоровья была продолжена Комитетом Государственной Думы по охране здоровья.

В период с 1993 по 1995 гг. в сфере охраны здоровья вышеуказанным законотворческим органом было принято пять законов и т.д. и т.п.

С 1997 г. было начато создание Кодекса законов об охране здоровья населения. Изданный Кодекс был построен на нормах Конституции Российской Федерации, кодексов: Гражданского и Уголовного, а также Основ законодательства об охране здоровья граждан. Данный кодекс

включал себя отдельные части, направленные на регулирование правоотношений в узкоспециальных сферах.

Условно, к первой части можно отнести нормативные акты, направленные на обеспечение безопасных условий жизни и среды обитания человека, к второй - законы профилактической направленности, к третьей – нормативные акты, защищающие права граждан на охрану здоровья, к четвертой - законы, которые определяют права и ответственность сотрудников медицинских организаций при осуществлении ими своей деятельности, к пятой – нормативные акты, которые регламентируют деятельность национальной системы здравоохранения. К шестой части можно отнести нормативно-правовые акты, которые регулируют финансовое обеспечение системы здравоохранения, а к итоговой, седьмой - законы, участвующие в регулировании отдельных видов медицинской деятельности.

Всего за указанный выше период были приняты 21 федеральный закон.

В период с 2000 по 2003 гг. законотворческая активность в сфере охраны здоровья граждан нарастала. Так, были приняты и вступили в законную силу 19 федеральных законов [3].

В настоящий момент времени государство рассматривает вопросы законодательного обеспечения охраны здоровья граждан как наиболее приоритетные. Этот факт подтверждается большим количеством принятых в последнее время нормативно-правовых актов, направленных на эффективное регулирование вышеуказанных отношений.

Как было озвучено в распоряжении Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года», основной целью государственной политики на период до 2020 г. являлось «формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню

заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки» [48].

С этой целью органами исполнительной власти на федеральном и региональных уровнях были приняты нормативно-правовые акты, регулирующие отношения в сфере здравоохранения, разработаны программы в рамках национального проекта «Здравоохранение», комплексные планы по достижению показателей региональных проектов, реализуемых в его составе.

Со стороны Правительства в рамках нацпроекта в регионы были направлены значительные финансовые средства, за которые было закуплено новейшее оборудование, построены новые ФАПы и поликлиники, и др.

И, несмотря на то, что Король Л.Н. в своем исследовании считает, что «...по указанным причинам значительно улучшить ситуацию в сфере здравоохранения не удалось, соответственно, и существующую до настоящего времени потребность в проведении комплексных реформ удовлетворить также не удалось», мы позволим себе с ним не согласиться, и на примере своего региона покажем, какие изменения произошли в сфере здравоохранения как результат эффективной государственной политики, направленной на совершенствование механизмов обеспечения прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь [22].

Так, на территории Брянской области, по данным Росстата, находится 2 647 населенных пунктов.

Для оказания медицинской помощи жителям Брянской области функционирует сеть медицинских учреждений, представленная медицинскими организациями, которые оказывают населению первичную медико-санитарную помощь и первичную специализированную медико-санитарную помощь. В 2020 году часть медицинских организаций была включена в программу модернизации первичного звена здравоохранения Брянской области, паспорта программ были утверждены в соответствующей системе.

В Брянской области нет населенных пунктов, не имеющих прикрепления к медицинской организации, однако имеются населенные пункты с низкой плотностью населения (менее 100 чел.), которые не доступны для оказания первичной медико-санитарной помощи, т.е. находятся на расстоянии более 6 км от ближайшей медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

Все они обслуживаются передвижными ФАПами и мобильными бригадами.

В целях создания оптимальной инфраструктуры медицинских организаций на период до 2025 года предусмотрено осуществление нового строительства, капитального ремонта медицинских организаций, структурных подразделений, на базе которых оказывается первичная медико-санитарная помощь, их оснащение, переоснащение и дооснащение медицинским оборудованием.

С целью обеспечения транспортной доступности медицинских организаций для всех групп населения, в том числе маломобильных групп населения, предусмотрено оснащение автомобильным транспортом для доставки пациентов в медицинские организации и медицинских работников до места жительства пациентов (в том числе замена автомобилей со сроком эксплуатации более 5 лет).

В ходе реализации регионального проекта «Развитие первичной медико-санитарной помощи» за 2020 год достигнуты высокие целевые показатели:

- число граждан, прошедших профилактические осмотры (включая диспансеризацию) – 366 тыс. человек (плановое значение на 2020 год – 322 тыс. человек);

- доля впервые в жизни установленных неинфекционных заболеваний, выявленных при проведении диспансеризации и профилактическом медицинском осмотре, – 11,5 % (план – 11,1 %);

- количество посещений при выездах всех мобильных медицинских бригад – 26,4 тыс. посещений (план – 9,49 тыс. посещений);

- доля лиц, госпитализированных по экстренным показаниям в течение первых суток, от общего числа больных, к которым совершены вылеты, – 96,6 % (план – 90 %).

То есть, выполняется главный принцип, озвученный Президентом в известных всем майских Указах: качественная медицинская помощь становится максимально доступна каждому жителю нашей страны.

В рамках исполнения мероприятий регионального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями (Брянская область)» осуществляется переоснащение учреждений здравоохранения: на сегодняшний день подготовлены помещения для размещения «тяжелого оборудования», установка оборудования полностью завершена.

Осуществляются мероприятия, предусматривающие развитие сети центров амбулаторной онкологической помощи населению Брянской области (ЦАОП): в 2019 и 2020 годах было создано по 1 ЦАОПу, в 2021 году планируется открытие двух Центров.

Показатель выявления злокачественных новообразований на I–II стадиях за 12 месяцев 2020 года составил 48,6 %, что ниже аналогичного за 12 месяцев 2019 года (50,1%) на 1,5%, целевой показатель на 2020 год (50,4%) не достигнут. Абсолютное число выявленных в 2020 году на I–II стадиях злокачественных новообразований составило 2 460 случаев, что на 736 случаев, или 23 %, меньше, чем в 2019 году.

Основной причиной недостижения планового значения индикатора выявления больных злокачественными новообразованиями на I–II стадиях явилось недостаточное вовлечение всех категорий населения региона в систему вторичной профилактики, а именно активного выявления ЗНО при всех видах профосмотров, исполнения мероприятий скрининговых программ, диспансерного наблюдения хронических больных, в том числе входящих в

группы риска по ЗНО. На ситуации негативно отразились ограничения в работе МО в связи с пандемией COVID-19.

Кроме того, внедрение в повседневную практику высокоточных методов диагностики, таких как КТ-исследование, МРТ-исследование, ПЭТ/КТ-исследование, сцинтиграфия скелета, УЗИ-исследование на аппаратах экспертного класса, способствует выявлению опухолей не только малых размеров, но и выявлению метастатического поражения органов в более ранний период времени, что позволяет в более ранние сроки установить истинную распространенность (стадию) онкологического заболевания.

Болезни системы кровообращения существенно ухудшают качество жизни и приводят к временной нетрудоспособности и инвалидности, являясь одной из ее основных причин. В 2020 году 680 человек трудоспособного возраста были впервые признаны инвалидами вследствие болезней системы кровообращения, в сравнении с 2019 годом увеличение на 2,6 % (17 человек), показатель первичного выхода на инвалидность данной категории составил 10,7 на 10 тыс. населения, что на 1,9 % выше показателя 2019 года (10,5 на 10 тыс. населения).

В рамках регионального проекта «Борьба с сердечно - сосудистыми заболеваниями» осуществляется дооснащение оборудованием первичных сосудистых отделений и регионального сосудистого центра.

В целях дооснащения оборудованием первичных сосудистых отделений и регионального сосудистого центра приобретены томограф рентгеновский компьютерный, томограф магнитно-резонансный и ангиографический комплекс с интегрированным модулем для измерения гемодинамических показателей.

В процессе реализации мероприятий по обеспечению профилактики развития сердечно-сосудистых заболеваний и сердечно-сосудистых осложнений у пациентов высокого риска, находящихся на диспансерном наблюдении, приобретаются лекарственные препараты.

По данным мониторинга сокращения смертности от ишемической болезни сердца, уровень летальности от инфаркта миокарда в 2020 году на терапевтических и кардиологических койках составил 17,8 %, целевое значение – 15,7 %, на кардиологических койках – 15,5 %.

В 2019 году данный показатель был выше и составлял 19 % и 16,9 % соответственно.

Благодаря региональному проекту «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» для детских поликлиник/отделений медицинских организаций закуплено медицинское оборудование, включающее в себя аппараты ультразвуковой диагностики, аппараты ЭКГ, лабораторное и рентгенологическое оборудование, офтальмологическое оборудование, а также проведены ремонтные работы для обеспечения комфортности пребывания детей и их родителей.

В текущем году продолжают информационно-коммуникационные мероприятия, направленные на формирование и поддержание здорового образа жизни среди детей и их родителей и обучение в симуляционных центрах врачей специалистов в области перинатологии, неонатологии и педиатрии.

С целью привлечения иностранных граждан для оказания им медицинской помощи в рамках регионального проекта «Экспорт медицинских услуг» внедрена система мониторинга статистических данных медицинских организаций по объему оказания медицинских услуг иностранным гражданам.

На официальных сайтах медицинских организаций, участвующих в реализации данного проекта в информационно – коммуникационной сети «Интернет» создан раздел «Медицинский туризм», где размещены информационные материалы на русском, английском и испанском языках о ведущих медицинских организациях Брянской области и доступных медицинских услугах.

Показатель вышеуказанного проекта «Количество пролеченных иностранных граждан (тыс. человек)» в 2019 году составил 25,8 тыс. человек (план – 0,1507 тыс. человек), в 2020 году – 15,174 тыс. человек (план – 0,2070 тыс. человек).

Основными результатами проекта регионального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ) (Брянская область)» текущего года (в т.ч. переходящими с предыдущего года) стали работы по развитию медицинской, лабораторной и радиологической информационных систем в медицинских учреждениях региона, системы диспетчеризации скорой медицинской помощи; реализации возможности выписки рецептов на льготные лекарственные средства в электронном виде; приобретение серверного оборудования для медицинских организаций.

В соответствии с планом мероприятий регионального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения Брянской области квалифицированными кадрами» сформирована заявка на необходимое количество мест для обучения врачей медицинских организаций, подведомственных департаменту здравоохранения Брянской области, по программам дополнительного профессионального образования (профессиональная переподготовка, повышение квалификации) на 2021 год с учетом необходимости кадрового обеспечения системы здравоохранения Брянской области, а также в целях реализации мероприятий регионального проекта по снижению смертности от онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, развитию детского здравоохранения с учетом поступивших заявок от моногородов.

Помимо национального проекта «Здравоохранение» Брянская область принимает участие в нескольких проектах, входящих в национальный проект «Демография».

Так, целью регионального проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» национального проекта «Демография» является увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни.

Для реализации Проекта обеспечено межведомственное взаимодействие департамента здравоохранения с департаментами образования и науки, культуры, семьи, социальной и демографической политики, внутренней политики, управлением по физической культуре и спорту.

Основные мероприятия проекта 2020 года:

- Распоряжением Правительства Брянской области от 23.07.2020 № 133-рп утверждена региональная программа укрепления общественного здоровья в Брянской области.

- На территории Брянской области внедрены и реализуются муниципальные программы по укреплению общественного здоровья населения Климовского, Клетнянского, Злынковского, Погарского районов, г. Сельцо, г. Фокино и г. Новозыбков.

- Постановлением Правительства Брянской области от 10.08.2020 № 359-п утвержден Порядок определения объема и предоставления субсидии социально ориентированным некоммерческим организациям Брянской области на реализацию региональных проектов, предусматривающих формирование приверженности здоровому образу жизни и обеспечивающих достижение целей, показателей и результатов федерального проекта «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек».

- Проведена информационно-коммуникационная кампания, направленная на снижение потребления табачной и алкогольной продукции, формирование культуры здорового питания, снижение доли лиц, имеющих повышенный индекс массы тела, повышение физической активности.

В 2020 году в Брянской области проведен ряд акций областного и всероссийского масштаба, большинство в онлайн-формате, по профилактике хронических неинфекционных заболеваний, включающих: «Табак и новое поколение» во Всемирный день без табака, «Дни сердца», «Оберегая сердца», «Всемирный День здоровья», посвященный борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, акция «Время быть здоровым», «Онкопатруль»; фестиваль «Я могу» и др.

- В соответствии с приказом департамента здравоохранения Брянской области от 12.11.2020 года № 1059 «Об организации Регионального центра общественного здоровья и медицинской профилактики Брянской области» с ноября 2020 года функционирует структурное подразделение «Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики Брянской области» ГАУЗ «Брянский областной врачебно-физкультурный диспансер». Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики Брянской области осуществляет координацию и методическое сопровождение мероприятий по разработке, реализации и оценке эффективности мер, направленных на снижение заболеваемости и предотвратимой смертности от неинфекционных заболеваний, увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни за счет увеличения доли лиц, ведущих здоровый образ жизни, в Брянской области.

В рамках Проекта на 2021 год (в т.ч. переходящие с предыдущего года) запланированы мероприятия:

- дальнейшая реализация региональной программы укрепления общественного здоровья в Брянской области, утвержденной распоряжением Правительства Брянской области от 23.07.2020 г. № 133-рп;

- разработка и внедрение муниципальных программ укрепления здоровья. В 2021 году разрабатываются и будут внедрены еще 7 муниципальных программ по укреплению общественного здоровья населения Брасовского, Выгоничского, Дубровского, Навлинского, Севского, Суражского, Трубчевского районов;

- мониторинг реализации корпоративных программ укрепления здоровья сотрудников учреждений здравоохранения;
- проведение информационно-коммуникационной кампании, направленной на снижение потребления табачной и алкогольной продукции, формирование культуры здорового питания, снижение доли лиц, имеющих повышенный индекс массы тела, повышение физической активности.

В рамках регионального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения» в 2020 году были проведены профилактические осмотры, включая диспансеризацию лиц старше трудоспособного возраста, осуществлялось систематическое медицинское диспансерное наблюдение за лицами старше трудоспособного возраста, у которых выявлены заболевания и патологические состояния. На базе ГАУЗ «Брянский областной госпиталь для ветеранов войн» был открыт региональный гериатрический центр.

Проводилась информационно-коммуникационная кампания, направленная на повышение информированности граждан по вопросам охраны здоровья старшего поколения: проведение информирования в школах «Активное долголетие» и «Психическое здоровье лиц пожилого и старческого возраста», вакцинация граждан старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания.

В рамках регионального проекта «Финансовая поддержка семей при рождении детей» в ГАУЗ «Брянский областной центр охраны здоровья семьи и репродукции», отделении вспомогательных репродуктивных технологий ГБУЗ «Брянская межрайонная больница» и центр ЭКО выполнялись процедуры ЭКО.

Кроме того, по желанию женщины направляются для проведения ЭКО в медицинские организации других регионов Российской Федерации, работающие в системе ОМС.

Информация о проведении процедуры ЭКО, перечень медицинских организаций, работающих в системе ОМС и представляющих услугу по ЭКО, размещена на сайте департамента здравоохранения Брянской области.

В области за счет средств ОМС проводится не только программа ВРТ, но и обследование согласно тарифу «Подготовка к ЭКО», включающее в себя гормональное обследование, ультразвуковую диагностику, кольпоскопию, спермограмму с MAR- тестом, тестикулярную биопсию и т.д.

И многое другое.

Таким образом, можно сделать вывод, что в настоящий момент времени в стране и на территории Брянской области, в частности, происходят позитивные изменения, направленные на охрану реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

3.2 Основные проблемы современной системы охраны здоровья и медицинской помощи населению

Как нами уже было отмечено выше, благодаря национальному проекту «Здравоохранение», направленному на повышение качества и доступности медицинской помощи, проводятся мероприятия, направленные на укрепление здоровья граждан, развитие системы первичной медико-санитарной помощи, повышение ее доступности и качества, и т.д.

Но, как, наверное, и в любой другой отрасли, в сфере медицины существуют проблемы, устранить которые одномоментно не представляется возможным.

На наш взгляд, на первое место необходимо вынести низкое качество медицинских услуг, предоставляемых отдельными медицинскими организациями или даже отдельными специалистами, а также недостаток медицинских кадров [51].

Данные обстоятельства коррелируют между собой. Так, нехватка специалистов в медицинских организациях первичного звена напрямую ведет к увеличению ожидания времени приема пациента врачом, что, в свою очередь, приводит к тому, что врачи берут по две ставки, работая на приеме в поликлинике. Высокая нагрузка приводит к физическому и эмоциональному выгоранию, что ведет за собой снижение качества предоставляемых медицинских услуг. Пациенты, раздосадованные невнимательным или некорректным отношением врача к своей персоне, оставляют жалобы на данного специалиста, что, в свою очередь, ведет к принятию оперативных мер по отношению к врачу со стороны руководства медицинской организации. Не выдержавший физического и психологического давления специалист увольняется, что усугубляет и так не совсем благоприятную ситуацию с медицинскими кадрами.

Проблема обеспечения врачами учреждений здравоохранения была и остается актуальной. В регионах существует острая потребность во врачах анестезиологах-реаниматологах, врачах клинической лабораторной диагностики, детских неврологах, оториноларингологах, офтальмологах, фтизиатрах, терапевтах, педиатрах, рентгенологах, травматологах-ортопедах, неонатологах и других узких специалистах, что подтверждается статистикой обращений граждан, показателями исследований удовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи (индекс NFC), данными государственных докладов региональных руководителей органов исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Согласно ВОЗ, дисбаланс и дефицит в области кадровых ресурсов здравоохранения являются одной из основных проблем не только России, но и Европейского региона. Несмотря на то, что за последние 10 лет число врачей и среднего медицинского персонала в Регионе в целом увеличилось приблизительно на 10%, маловероятно, что такое увеличение окажется стабильным и достаточным для удовлетворения потребностей стареющего населения. При этом между странами наблюдаются существенные

диспропорции с точки зрения наличия врачей и среднего медицинского персонала: в некоторых странах количество врачей в пять раз больше, чем в других. Ситуация со средним медицинским персоналом вызывает еще большее беспокойство, поскольку эти медицинские работники играют важную роль в оказании медицинской помощи лицам пожилого возраста; однако согласно статистике в некоторых странах количество таких работников в девять раз меньше, чем в других [70].

В подтверждение сказанного выше можем привести в пример Брянскую область, где в сравнении с данными за 2019 год численность врачей и среднего медицинского персонала уменьшилась на 98 и 134 специалиста соответственно. В свою очередь число прибывших после окончания медицинских вузов и ординатуры врачей не смогло уравновесить отток специалистов.

В связи с наличием на территории Российской Федерации дефицита медицинских кадров 1 января 2019 года началась реализация федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», который входит в состав Национального проекта «Здравоохранение», разработанного Минздравом России в целях выполнения Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» [70].

Федеральный проект направлен, прежде всего, на устранение кадрового дефицита врачей и средних медицинских работников первичного звена здравоохранения, а также обеспечение врачами кардиологической, онкологической и педиатрической служб.

Для повышения квалификации медицинских работников органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации совместно с руководителями медицинских организаций и образовательных учреждений медицинского профиля должна проводиться большая работа по повышению профессионального уровня как врачей, так и средних медицинских

работников. На наш взгляд, в данной ситуации целесообразным является заключение договоров на проведение выездных циклов с медицинскими академиями и государственными медицинскими университетами [60].

Возвращаясь к теме приема пациентов врачами медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, то график их работы не всегда удовлетворяет потребности населения в данном виде медицинских услуг. И опять виной всему кадровый дефицит. Чтобы попасть на прием к узкому специалисту пациент зачастую должен отпроситься с работы или учебы. В данном пункте необходимо отметить, что территориальными программами гарантий бесплатного оказания медицинской помощи предусмотрен тот факт, что время ожидания приема врачами-специалистами может составлять до 14 дней.

Действующее законодательство, путем введения в практику порядков оказания медицинской помощи по профилям заболеваний, пытается скорректировать данный момент за счет «универсальности» врачей терапевтов и врачей общей практики. Если лечащий врач определит, что у пациента действительно имеются показания для консультации профильного врача-специалиста, он выдаст ему направление. И это обстоятельство также весьма часто вызывает волну негатива у населения: «Почему я должен идти к терапевту, если я знаю, что мне нужно идти к неврологу? Почему я должен идти на прием к терапевту, отпрашиваясь с работы, а потом отпрашиваться второй раз, чтобы попасть к неврологу?... и т.д. и т.п.».

И нужно ли говорить, что вышеуказанные регламентированные сроки тоже не всегда выполняются по кадровой причине.

Нами уже было отмечено, что в последние годы было закуплено много медицинского оборудования, оснащены, переоснащены или дооснащены медицинские центры, стационары или поликлиники. Будем надеяться, что к концу 2024 года жалобы пациентов на невозможность пройти то или иное исследование по причине отсутствия аппарата или его поломки, исчезнут. Но

на настоящий момент времени эта проблема все еще не потеряла актуальность.

Далее можно вынести на рассмотрение отсутствие мотивации к выполнению своих должностных обязанностей у медицинских работников.

По мнению иностранных авторов, повысить производительность труда, поднять качество и условия оказания помощи, снизить текучесть кадров в медицинских учреждениях, можно благодаря формированию мотивационных команд.

Я полагаю, что в значительной своей части трудовая деятельность медицинского работника мотивируется за счет внутренних этических факторов, к которым можно отнести преданность профессии, чувство долга, этико-деонтологические принципы, верность врачебной клятве Гиппократов. И в случае, если у старших коллег данная внутренняя мотивация сформирована за годы работы, то для молодого поколения, подверженного тенденциями, негативно влияющим на состояние трудовой мотивации, нужна внешняя поддержка для того, чтобы они не оставляли желание практиковать врачебную (сестринскую) деятельность, и эта поддержка в первую очередь должна сопровождаться справедливой материальной оценкой их труда [53].

Учитывая тот факт, что одним из основных мотивов для медицинского персонала является понимание ими социальной значимости их работы, нельзя забывать об их желании получать гарантированно заработную плату, поэтому решение мотивационных проблем имеет системный характер.

Так, повышение личной мотивации медицинских работников повлечет за собой рост квалификации сотрудников, что в свою очередь положительно скажется на качестве услуг и показателях здоровья населения.

Престиж профессии медицинского работника также играет одну из существенных ролей в трудовой мотивации медицинского персонала. Поднять престиж профессии не так просто, и это является общей задачей не только системы здравоохранения, но и культурного состояния всего общества, иерархии общественных ценностей. [75]

Согласно данным социологического исследования, проводимого аналитическим центром «Левада-центр» среди родителей школьников, в списке профессий, которые россияне называют желательными для своих детей, в 2018 году лидируют врачи — такой вариант выбрали 20% опрошенных. С небольшим отрывом идут юристы, экономисты, предприниматели, программисты и военные — каждую из этих профессий назвали по 15% респондентов [34].

В 2020 году данная тенденция нашла свое подтверждение по результатам всероссийского опроса (1000 респондентов) фонда «Общественное мнение», проводимого 4–6 сентября 2020 г.

На вопрос «По вашему мнению, сегодня в российском обществе престиж профессии врача высокий или низкий? (%)» было установлено, что в целом население высоко оценивает статус специальности врача (53% - «высокий»).

В ходе опроса также задавался вопрос о предпочтительности выбора профессии врача членами своей семьи (дети, внуки), и вновь в лидерах оказался положительный ответ – 74 % от всех респондентов [35].

Современная ситуация активной борьбы с пандемией коронавируса способствовала росту в обществе доверия и уважения к труду медицинских работников, повышению престижа профессии и изменила в лучшую сторону отношение многих россиян к сотрудникам медицинских организаций. Ввиду сложившихся обстоятельств пациенты стали свидетелями того, какая нагрузка легла на плечи медицинских работников и как нелегко приходится им в своей ежедневной рабочей деятельности. Будем надеяться, что вышеуказанные обстоятельства помогут нам в вопросе обеспечения квалифицированными кадрами медицинских организаций, особенно – медицинских организаций первичного звена здравоохранения [53].

Подводя итог вышесказанному можно сделать вывод, что для эффективного выполнения поставленных задач любой сотрудник должен быть замотивирован, и помимо психологического фактора неплохо, когда

сюда подключается еще и материальный аспект, выражающийся в справедливой оценке и оплате труда медицинских работников.

Следующая проблема в современной системе охраны здоровья находится в сфере производства лекарственных препаратов.

Организация лекарственного обеспечения населения и контроль над ним являются одними из основных целей исполнительных органов власти в сфере здравоохранения. При этом наиболее важное социальное значение имеет обеспечение бесплатными лекарственными средствами льготных категорий граждан (федеральных, региональных и муниципальных льготников, граждан, страдающих семью высокочувствительными нозологиями).

Современное общество привыкло к тому, что в любой аптеке без каких-либо ограничений можно приобрести необходимый препарат. Ситуация с новой коронавирусной инфекцией внесла свои коррективы в привычный образ жизни. С полок аптек пропали антибиотики, противовирусные препараты, изделия медицинского назначения (средства индивидуальной защиты органов дыхания, термометры, одноразовые перчатки), кожные антисептики, цены на биологически активные добавки (к примеру, витамин Д), взлетели в десятки раз.

Я думаю, вышеуказанное обстоятельство послужит уроком, особенно учитывая тот факт, что описанного выше дефицита в настоящий момент времени практически не отмечается.

Говоря о фармацевтической отрасли, также стоит отметить, что большинство лекарственных препаратов на сегодняшний день являются препаратами, созданными еще в советское время (в той или иной степени усовершенствованными) и препаратами, не имеющими патентной защиты, так называемыми, «дженериками».

В большинстве случаев дженерики практически не отличаются по качеству и терапевтическому эффекту от оригинального препарата, а их стоимость в разы ниже.

Что послужило причиной такого состояния фармацевтической отрасли? На наш взгляд, первая причина заключается в массовом отъезде за границу лучших ученых нашей страны, где им предоставляют более комфортные условия для осуществления своей деятельности, финансируемые исследования, современное и точное оборудование, более высокий уровень заработной платы.

Далее, это стоимость разработки новых лекарственных средств, длительность разработки и клинических испытаний препарата. Огромные финансовые средства должны быть вложены в разработку молекулы лекарственного препарата, затем – на его доклиническое исследование на лабораторных животных, клинические исследования и пр., заканчивая выводом препарата на фармацевтический рынок. И при всем этом нет никаких гарантий перспективности новой разработки.

При всем при этом крупные фармацевтические компании не заинтересованы в разработке новых лекарственных препаратов, опять же, по причине наличия дженериков.

К чему приводит описанная выше ситуация. Препараты, поставляемые в Российскую Федерацию из-за рубежа, продаются по довольно значительной стоимости, которая бьет по карману потребителя. Но, тем не менее, потребитель делает свой выбор как раз в пользу импортных препаратов считая, что они являются более качественными и эффективными по сравнению с отечественными аналогами. Да и большинство зарубежных препаратов в принципе не имеют аналогов у нас в стране.

Такие обстоятельства на рынке фармацевтической промышленности может нести непосредственную угрозу здоровья населения по причине высокого риска заболеваемости и нехватки средств для проведения терапии.

3.3 Дополнительные условия для реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации: и предложения по повышению эффективности

С целью создания дополнительных условий для реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, на наш взгляд, необходим ряд изменений, которые следует внести в действующее законодательство с учетом поправок, которые были сделаны в Конституцию в июле прошлого года.

В ч. 1 п. 2 статьи 14 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» отметить то обстоятельство, что к полномочиям федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, помимо перечисленных, относятся также полномочия по установлению единых правовых основ системы здравоохранения, обеспечению оказания доступной и качественной медицинской помощи сохранению и укреплению общественного здоровья, формированию культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью.

Восьмой пункт ч. 1 ст. 16 (в которой идет речь о полномочиях органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья), дополнить и изложить в следующем виде: «организация осуществления мероприятий по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению общественного здоровья, созданию условий для ведения здорового образа жизни, формированию культуры ответственного отношения к своему здоровью у граждан, проживающих на территории субъекта Российской Федерации».

Для ликвидации кадрового дефицита необходима законодательная проработка организации обучения медицинских работников на контрактной основе, которая подразумевала бы под собой возврат специалистов, которые прошли обучение, в регионы и муниципалитеты, выдавшие целевые направления, а также законодательная проработка вопросов обеспечения первичного звена здравоохранения узкими специалистами.

К примеру, увеличения числа врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, можно достичь путем выдачи целевого направления в медицинский ВУЗ, которое сопровождается обязательным условием отработки трех лет в первичном звене здравоохранения.

Кадровую проблему в первичном звене может помочь решить сокращение базовой части программы ординатуры для врачей дефицитных специальностей в амбулаторном звене.

Увеличения числа врачей можно также достичь путем организации льготного поступления в медицинские ВУЗы выпускников медицинских колледжей, независимо от полученных ими специальностей, а также посредством существенного увеличения бюджетных мест в ординатуре медицинских ВУЗов, увеличения стипендиальных выплат, назначения именных стипендий.

Можно рассмотреть вопрос о разрешении тем ординаторам, которые успешно сдали промежуточный аттестационный экзамен, осуществлять практическую медицинскую деятельность в государственных медицинских учреждениях на должности дежурного врача, или же в первичном амбулаторном звене по профилю специализации ординатуры.

Говоря о трудоустройстве выпускников учреждений высшего и среднего профессионального образования, считаем целесообразным рассмотрение вопроса о прохождении альтернативной службы по месту трудоустройства, в медицинских организациях, или в медико-санитарных частях. Данная категория лиц может быть направлена по ходатайству

военных комиссариатов областей для работы во врачебно-экспертной комиссии во время призыва.

С целью повышения доступности специализированной медицинской помощи считаю необходимым решить вопрос расширения практики дистанционного консультирования и лечения в виде телемедицинских консультаций «врач-пациент», в связи с тем, что данная практика может оказать положительное влияние на доступность специализированной помощи в первичном звене.

Для этого необходимо законодательно внести изменения в соответствующие Стандарты оказания первичной медицинской помощи, Порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий и в Стандарты оснащения участковых больниц, врачебных амбулатории, фельдшерско-акушерского пункта и фельдшерского здравпункта, прописав в них перечень диагностического и телемедицинского оборудования для оснащения первичного звена в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах Российской Федерации.

С целью профилактики эмоционального выгорания медицинских работников и их стимулирования к занятию медицинской деятельностью можем предложить следующие мероприятия.

В связи с тем, что на сегодняшний день системы оплаты труда медицинских работников совершенно разрознены как по отраслям, так и по регионам (и даже по отдельным организациям на территории одного региона или муниципалитета), люди получают совершенно разные деньги за одну и ту же работу. Для устранения данного обстоятельства на законодательном уровне (например, путем внесения соответствующих дополнений в Трудовой Кодекс) необходимо рассмотреть вопрос создания единой системы заработной платы медицинских работников на всей территории Российской Федерации, которая заключается в достойной оплате труда с учетом образования, занимаемой должности, объема работы, категории и стажа.

Помимо этого необходимо установить единые правила начисления надбавок и выплат стимулирующего характера в системе здравоохранения.

Иными словам, должны быть установлены единые базовые оклады (для врачей не менее 4-6 федеральных МРОТ), а компенсационные и стимулирующие выплаты должны проводиться по единым правилам.

С учетом «коронавирусной ситуации», на законодательном уровне целесообразно рассмотреть вопрос об обязательном дополнительном страховании медицинских работников.

Также считаем обоснованным введение социальной защиты медицинских работников за счет средств Фонда Социального Страхования Российской Федерации, а не за счет средств работодателя (оздоровление в санаториях, курортах, домах отдыха, профилакториях), предусмотрев, финансовые льготы. Оплата проезда к месту отдыха и обратно также должна проводиться за счет средств Фонда.

В дополнение к вышеизложенному, органы местного самоуправления также должны взять на себя ответственность за обеспечение мер социальной поддержки медицинских кадров, которые могут заключаться в выплате подъемных, предоставлении служебного жилья, обеспечении мест в дошкольных учреждениях и мест отдыха детей.

К слову, в Брянской области хорошо зарекомендовала себя практика по предоставлению квартир выпускникам медицинских ВУЗов, выразивших желание работать в малых городах, сельской местности. Данный опыт полезно распространить и на другие субъекты Российской Федерации.

В связи с резко возросшим темпом и интенсивностью рабочей активности медицинского персонала, повышением психологической нагрузки, требованием от них более качественной работы в короткие сроки, заболеваемость этой категории лиц приобретает всё большую актуальность. Повышенный объем информации, необходимость постоянной концентрации внимания, экстренного принятия решений, высокий уровень

профессиональной ответственности создают основу для возникновения заболеваний, как общих, так и профессиональных.

С целью укрепления здоровья сотрудников медицинских организаций во всех регионах необходимо рассмотреть вопрос внедрения корпоративных программ по охране и укреплению здоровья работников медицинских организаций, которые представляют собой через комплекс управленческих решений, направленных на создание в медицинской организации необходимых условий, способствующих повышению приверженности медицинских работников здоровому образу жизни.

Для защиты сотрудников медицинских организаций от агрессии пациентов рационально предусмотреть меры, защищающие честь и достоинство медицинских работников при выполнении ими своих должностных обязанностей.

Для обеспечения реализации финансовых механизмов защиты прав граждан при оказании медицинской помощи считаю рациональным расширить работу, полномочия и ответственность страховых представителей страховых медицинских организаций, которые действительно должны стоять на страже интересов застрахованных лиц, помогая в решении всех вопросов при оказании медицинской помощи в рамках страхового случая, в том числе и в вопросах лекарственного обеспечения. Для этого также необходимо расширить контрольную функцию территориальных фондов обязательного медицинского страхования в этом вопросе за деятельностью страховых медицинских организаций.

Учитывая рост цен на средства индивидуальной защиты и кожные антисептики, который показал себя в прошлом году в период эпидемиологического неблагополучия, целесообразно на законодательном уровне в период режима повышенной готовности на территории региона, зафиксировать на одном уровне цены на СИЗы, кожные антисептики, лекарственные препараты для лечения той или иной инфекции в соответствии с клиническими или методическими рекомендациями.

В целях обеспечения пациентов лекарственными препаратами (особенно тех, кто страдает редкими или онкологическими заболеваниями), на территории субъектов Российской Федерации должен эффективно реализовываться комплекс мероприятий по оказанию медицинской и лекарственной помощи населению, в том числе:

1. Установление мер социальной поддержки в части лекарственного обеспечения при оказании первичной медико-санитарной помощи группам населения и гражданам с категориями заболеваний в соответствии с региональной территориальной программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи (обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения, средствами самоконтроля, медицинскими изделиями):

- страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

- заболеваниями, не отнесенными к социально значимым и представляющим опасность для окружающих, детям первых трех лет жизни, детям из многодетных семей в возрасте до 6 лет;

- оказание мер социальной поддержки отдельным категориям граждан на приобретение медикаментов и питательных смесей и пр.

2. Мероприятия, направленные на охрану здоровья матери и ребенка (приобретение лечебного питания, содержащего витамины и минералы для беременных и кормящих женщин).

3. Формирование и ведение Регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, отпуск данной категории граждан лекарственных средств.

Органами исполнительной власти в сфере здравоохранения должна быть четко отрегулирована работа по организации поставок лекарственных средств в учреждения здравоохранения своего региона. Основное внимание

должно быть уделено формированию и обоснованию потребности региона в льготных лекарственных средствах. Для этой цели необходимо организовать ежеквартальную защиту медицинскими организациями заявок на лекарственные средства по программе обеспечения граждан необходимыми лекарственными средствами, совместно с главными внештатными специалистами 2 раза в год необходимо организовать работу по составлению заявки на препараты для обеспечения граждан, страдающих злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей; гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей.

Помимо вышеизложенного со стороны органов исполнительной власти в сфере здравоохранения необходимо осуществлять контроль в части обязательности соблюдения лицензиатами установленных предельных розничных надбавок к фактическим отпускным ценам производителей на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства при проведении всех видов проверок субъектов фармацевтического рынка, особое внимание уделять факту соблюдения лицензиатами данного требования (проведение проверок необходимо осуществлять в соответствии с с планом контрольно-надзорных мероприятий, согласованным с Генеральной прокуратурой (Федеральный закон от 26.12.2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)»).

Подводя итог и, говоря о населении в целом, руководствуясь принципами ответственного отношения к своему здоровью, для формирования соответствующей культуры на уровне субъектов Российской Федерации необходимо ввести меры за намеренный отказ от прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения и детей, за отказ от вакцинопрофилактики инфекционных болезней и антипрививочную пропаганду.

Вопросы реализации развития и совершенствования основных направлений первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, системы профилактики заболеваний информирования здорового образа жизни, лекарственного обеспечения и ликвидации кадрового дефицита должны находиться на особом контроле Правительства Российской Федерации и высших руководящих лиц субъектов Российской Федерации.

Заключение

В своей работе нами был проведен анализ действующих нормативно-правовых актов, регулирующих отношения в вопросе оказания медицинской помощи, проведен системный анализ конституционного права граждан Российской Федерации на медицинскую помощь, установлена роль национального проекта «Здравоохранение» в его обеспечении, в том числе путем проведения анализа практических результатов «майских указов» Президента Российской Федерации, направленных на обеспечение качественной и доступной медицинской помощи, на примере Брянской области.

По результатам исследования были сделаны следующие выводы.

Введенная новыми поправками в Конституцию норма об обязанности граждан заботиться о сохранении своего здоровья должна получить соответствующую поддержку в лице Государства в части финансирования и организации деятельности в области формирования культуры здоровья, поддержки общественных инициатив в области популяризации здорового образа жизни, стимулирования организаций, чья деятельность направлена на поддержку здоровья сотрудников.

В свою очередь мероприятия, направленные на популяризацию здорового образа жизни и сохранение здоровья населения, должны носить мультидисциплинарный характер и включать в себя медицинские меры (добровольное медицинское страхование, проведение оценки риска развития ССЗ, индекса массы тела, кардиориска, проведение скрининговых обследований групп риска, проведение диспансеризации и профилактических медицинских осмотров), профилактические меры (санитарное просвещение населения, профилактика употребления табака и алкоголя), меры по охране труда (оценка наличия вредных производственных факторов, внедрение корректирующих мер по уменьшению рисков) и меры

по мотивации граждан (популяризация спорта и создание условий для доступа к занятию им, поощрения и стимулирующие акции).

В рамках реализации мероприятий «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» национального проекта «Демография» необходимо продолжить практику повсеместного внедрения корпоративных программ укрепления здоровья сотрудников на рабочих местах, реализацию мероприятий муниципальных и региональных программ укрепления общественного здоровья, проведение их регулярного мониторинга.

Реализация мероприятий национального проекта «Здравоохранение» открывает возможности использования новых подходов в части обеспечения реализации прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь и позволит сформировать на уровне субъектов Российской Федерации систему, обеспечивающую доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых будут прямо коррелировать с уровнем заболеваемости и потребностями населения, передовыми достижениями медицинской науки.

Благодаря интегрированному подходу, реализация мероприятий, определенных паспортами федеральных проектов, позволит достичь снижения смертности населения от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, снижения уровня младенческой смертности, снижения потребления населением табака и алкоголя, привлечь в сферу медицины новые кадры, а также повысит эффективность управления изменениями в здравоохранении на основе достоверных первичных данных с использованием информационных технологий.

Действующее правовое регулирование в области сохранения конфиденциальности информации, представляющейся врачебной тайной, требует доработки и устранения отдельных неточностей и неопределенностей в терминологическом аппарате закона, внесению

определенной ясности в теорию и практику правовой охраны врачебной тайны.

На наш взгляд, в данном случае в первую очередь необходим полный пересмотр самого понятия «врачебная тайна» и, возможно, его замена на более широкое в данном случае определение (к примеру, «медицинская тайна»). Помимо этого в статью 70 Федерального закона № 323-ФЗ может быть внесен ряд изменений, которые позволят нормативно определить условия и порядок доступа к медицинской документации пациента: исключения, в соответствии с которыми воля пациента в части разглашения или неразглашения сведений, относящихся к врачебной тайне, будет разглашена определенному кругу лиц способами и в порядке, установленном действующим законодательством.

В части реализации принципа качества и доступности медицинской помощи существует проблема дисбаланса кадрового обеспечения в отрасли, во многом связанная с имеющей место значительной разницей в оплате труда медиков в различных регионах страны, что зависит от показателя средней зарплаты по региону. В целях устранения данного обстоятельства существует необходимость пересмотра законодательства, регулирующего тарифную сетку оплаты труда медицинских работников, в том числе рассмотреть возможность создания единой системы заработной платы медицинских работников на всей территории Российской Федерации (достойная оплата труда с учетом степени образования, занимаемой должности, объема работы, стажа и категории, установить единые правила начисления надбавок и выплат стимулирующего характера в системе здравоохранения).

Для стимулирования занятия медицинской деятельностью необходимо разработать и внедрить мероприятия, направленные на привлечение населения к работе в отрасли: обеспечение детей медицинских работников местами в детских садах, предоставление жилья, оплата коммунальных

услуг, обеспечение медицинских работников санаторно-курортным лечением, оплата проезда во время отпуска к месту отдыха и обратно.

На примере Брянской области необходимо законодательно вменить в обязанность органов местного самоуправления обеспечение медицинских работников жильем при условии гарантированного выделения для этих целей финансовых средств за счет субъектов Российской Федерации.

Список используемой литературы и используемых источников

1. Акопов В.И. Медицинское право: книга для врачей, юристов и пациентов. М. : ИКЦ «МарТ», Ростов н/Д: Издательский центр «МарТ», 2004. 256 с.
2. Акулин И.М. Трансформация института врачебной тайны в эпоху электронного здравоохранения. // Закон. 2019. № 9. С. 4-8.
3. Алексеева С.С. Общая теория права: учеб. пособие для студентов вузов. М. : ТК Велби, 2008. 576 с.
4. Апелляционное определение Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ от 23.06.2020 № АПЛ20-127 «Об оставлении без изменения Решения Верховного Суда РФ от 27.02.2020 № АКПИ19-985, которым отказано в удовлетворении заявления о признании частично недействующим Порядка проведения судебно-медицинской экспертизы и установления причинно-следственных связей по факту неоказания или ненадлежащего оказания медицинской помощи, утв. ФГБУ «РЦСМЭ» Минздрава России 21.06.2017» // Бюллетень Верховного Суда РФ. – 2017. - № 5. – С. 10-12.
5. Баринов С.А. Споры о возмещении вреда, причиненного ненадлежащим врачеванием: необходимость дополнительной законодательной регламентации // Современное право. 2013. № 6. С. 125 - 128.
6. Блохин П.Д. Врачебная тайна при жизни и после смерти (комментарий на полях Определения Конституционного Суда РФ). // Медицинское право. 2018. № 5. С. 15-19.
7. Брянский рабочий. – 1997. - № 119. – С. 2.
8. Буравков Б.П. К вопросу о методологии определения понятия «здоровье» // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2015. № 60. С. 30 - 34.
9. Бурмейстер И.А. Медицинская (врачебная) тайна: теоретический аспект. // Сибирский юридический вестник. 2018. № 2(41). С. 15-20.

10. Войт Л.Н. Медико-социальные аспекты формирования здорового образа жизни // Медицинское право. 2015. № 3. С. 21-23.
11. Герасимович Л.И. Язык конституционного права и конституционно-правовая терминология // Международный журнал конституционного и государственного права. 2017. № 4. С. 94 - 97.
12. Герш М.В. О разглашении врачебной тайны и ответственности за это. // Отдел кадров государственного (муниципального) учреждения. 2020. № 4. С. 15-18.
13. Гражданский кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 г. № 51-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 1994. - № 32. – Ст. 3301.
14. Данилочкина Ю.В. О единообразии регулирования оказания медицинских услуг в Российской Федерации. // Медицинское право. 2008. № 2. С. 3-15.
15. Дормидонтов Г.Ф. Классификация явлений юридического быта, относимых к случаям применения фикций. Часть первая. Юридические фикции и презумпции (часть вторая). // Вестник гражданского права. 2011. № 3. С. 168 - 240.
16. Жиронкина Ю.Е. Проблемы защиты медицинской тайны в деятельности органов внутренних дел // Ученые записки Орловского государственного университета. 2011. № 4. С. 13-16.
17. Зайков Д.Е. Неравенство отдельных категорий военнослужащих: оправданна ли дискриминация? // Право в Вооруженных Силах. 2008. № 11.
18. Иванюшкин А.Я. Биомедицинская этика: для медучилищ, медколледжей, факультетов ВСО. М. : КМК, 2010. 158 с.
19. Киселев А. Уход молча, Или о долге соблюдения врачебной тайны». // Трудовое право. 2017. № 2. С. 3-8.
20. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12.12.1993 г. // Российская газета. – 1993. – 25 декабря.

21. Корнеева И.Л. Наследственное право Российской Федерации: учеб. пособие для бакалавриата и магистратуры. М. : ИМПЭ, 2004. 312 с.
22. Корнеева О.И. Взгляд на персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности с позиций врачебной тайны // Медицинское право. 2015. № 5. С. 42.
23. Кузнецова Т.Н. Гален К. Труды по медицине. М. : Практическая медицина, 2014. 421 с.
24. Левушкин А.Н. Публичный договор об оказании платных медицинских услуг и защита врачебной тайны: теория и практика применения. // Гражданское право. 2016. № 3. С. 7-9.
25. Лазарева Е.В. Правовое регулирование медицинской деятельности в Российской Федерации (отдельные аспекты теории и практики): Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Саратов. 2006.
26. Мандрюков А. Врачебная тайна и последствия ее несоблюдения. // Учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. 2014. № 9. С. 22-27.
27. Махник О.П. Конституционное право на личную и семейную тайну. Врачебная тайна // Конституционное и муниципальное право. 2006. № 8. С. 32-34.
28. Мохов А.А. Правомочия наследников на получение, использование и защиту сведений, составляющих медицинскую тайну наследодателя // Медицинское право. 2007. № 1. С. 23 - 30.
29. Определение Конституционного Суда РФ от 19.07.2016 № 1493-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы общества с ограниченной ответственностью «Транс Авто» на нарушение конституционных прав и свобод пунктом 2 части 7 статьи 19 Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» и частью 3 статьи 28.1 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях» // Вестник Конституционного Суда РФ. – 2019.- № 3. – С. 3-4.

30. Официальная Брянщина. – 2012. - № 20. – С. 1.
31. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации - <https://minzdrav.gov.ru/news/2016/04/20/2903-vystuplenie-ministra-veroniki-skvortsovoy-na-rasshirennom-zasedanii-kollegii-minzdrava-rossii> (дата обращения: 22.06.2020).
32. Официальный интернет-портал правовой информации <http://pravo.gov.ru>, (дата обращения: 18.03.2020 г.).
33. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения - https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf (дата обращения: 30.11.2020 г.).
34. Официальный сайт аналитического центра Юрия Левады - <https://www.levada.ru/2018/06/21/vrachi-oboshli-yuristov/> (дата обращения 11.02.2021 г.)
35. Официальный сайт НИИ Организации здравоохранения и медицинского менеджмента - <https://niioz.ru/news/prestizh-professii-vracha-i-uvazhenie-k-trudu-spetsialista-itogi-oprosov/> (дата обращения – 11.02.2021 г.).
36. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/> (дата обращения: 12.03.2021 г.).
37. Павлов А.В. О медицинской тайне несовершеннолетнего при осуществлении в отношении его медицинского вмешательства // Медицинское право. 2017. № 1. С. 37 - 41.
38. Павлов А.В. О некоторых проблемах терминологии законодательства о врачебной тайне. // Медицинское право. 2019. № 1. С. 46-47.
39. Папеева К.О. Понятие и признаки медицинской тайны // Медицинское право. 2007. № 3. С. 25 - 31.
40. Покровский И.А. Основные проблемы гражданского права: учеб. пособие для студентов и преподавателей юридических и экономических дисциплин. М. : Право, 1998. 308 с.

41. Постановление Конституционного Суда РФ от 13.01.2020 № 1-П «По делу о проверке конституционности частей 2 и 3 статьи 13, пункта 5 части 5 статьи 19 и части 1 статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в связи с жалобой гражданки Р.Д. Свечниковой» // Вестник Конституционного Суда РФ. – 2020.-№ 1. – С. 10-15.

42. Постановление Российской Федерации от 20.02.2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» // Собрание законодательства РФ. – 2006. - № 9. - Ст. 1018.

43. Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2014 г. «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством» // Собрание законодательства РФ. – 2015. - № 2. - Ст. 506.

44. Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» // Собрание законодательства РФ. – 2012. - № 41. - Ст. 5628.

45. Поцелуев Е.Л. Гражданско-правовая ответственность за ненадлежащее врачевание // Наука. Общество. Государство. 2016. № 4. С. 20 - 32.

46. Предеина И.В. Некоторые аспекты обеспечения качества медицинской помощи несовершеннолетним пациентам: тенденции правового регулирования // Медицинское право: теория и практика. 2016. Т. 2. № 2(4). С. 205 - 213.

47. Пушкарева А.Н. К вопросу о понятии и признаках врачебной (медицинской) тайны по законодательству Российской Федерации // Медицинское право. 2016. № 6. С. 18-20.

48. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25.09.2017 г. № 2045-р Стратегия предупреждения распространения антимикробной

резистентности в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 2017. - № 41. - Ст. 5990.

49. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12.10.2019 г. № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» // Собрание законодательства РФ. – 2019. - № 42 (часть III). - Ст. 5979.

50. Рощепко Н.В. К вопросу о совершенствовании контроля предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. // Социальное и пенсионное право. 2015. № 1. С. 35 - 40.

51. Рычёва М.А. Врачебная тайна. // Медицинский совет. 2013. № 4. С. 6-8.

52. Сергеев Ю.Д. Проблема ненадлежащего врачевания - в центре внимания профессионального сообщества // Медицинское право. 2014. № 6. С. 9 - 16.

53. Сергеев Ю.С. Юридическое и деонтологическое обеспечение прав российских граждан на охрану здоровья // Вестник Национальной Ассоциации медицинского права. 2006 г. № 1. С. 5-9.

54. Таганцев Н.С. К вопросу о врачебной тайне // Журнал гражданского и уголовного права. 1993. Кн. 9. С. 56-57.

55. Татаренкова И.А. Из истории врачебной тайны // Ученые записки Орловского государственного университета. 2014. № 7. С. 16-18.

56. Хасанов Ф.З. Современная государственная политика России в области здравоохранения // Вестник Уфы. 2012. № 2. С. 173-174.

57. Холопова Е.Н. Охрана информации, отнесенной к врачебной тайне, на государственной и муниципальной службе. // Медицинское право. 2017. № 2. С. 32-34.

58. Шаяхметова А.Р. Врачебная тайна // Новая наука: опыт, традиции, инновации. 2015. № 7. С. 247 - 251.

59. Шаханта С. ДМС. Спорные моменты на практике и советы работодателям // Административное право. 2019. № 2, С. 1-2.

60. Фоценко Н.В. Юридическая квалификация договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС // Медицинское право. 2017. № 4, С. 2.

61. Федеральный конституционный закон от 06.11.2020 г. № 4-ФКЗ «О Правительстве Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 2020. - № 45. – Ст. 7061.

62. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 2011. - № 48. – Ст. 6724.

63. Федеральный закон от 04.05.2011 г. № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» // Собрание законодательства РФ. – 2011. - № 19. – Ст. 2716.

64. Федеральный закон от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» // Собрание законодательства РФ. – 1998. - № 38. – Ст. 4736.

65. Федеральный закон от 08.01.1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» // Собрание законодательства РФ. – 1998. - № 2. – Ст. 219.

66. Федеральный закон от 30.03.1999 г. №52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» // Собрание законодательства РФ. – 1999. - № 14. – Ст. 1650.

67. Федеральный закон от 08.12.2020 г. № 391-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» // Собрание законодательства РФ. – 2020. - № 50 (часть III). - Ст. 8036.

68. Федеральный закон от 4.12. 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 2007. - № 50. – Ст. 6442.

69. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 1996. - № 25. - Ст. 2954.

70. Указ Президента РФ от 07.05.2018 г. № «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» // Собрание законодательства РФ. – 2018. - № 20. - Ст. 2817

71. Указ Президента Российской Федерации от 05.01.2021 г. № 16 «О создании Фонда поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра» // Собрание законодательства РФ. – 2021. - № 2 (часть I). - Ст. 381.

72. Altinay N/ Urazbaeva Legal Systems of the Russian Federation and the Eurasian Economic Union (EAEU) // Law and Governage group Wageningen University and Research. 2018. LAW-08436 P. 1 – 7.

73. Dhillon, H. S. Health promotion and community action for health in developing countries H. S. Dhillon, Lois Philip. // WHO Library Cataloguing in Publication Data. ISBN 92 4 I56I67 X (NLM Classification: WA 546.I), pp. 3 – 7.

74. Stephen Clift and Bjarne Bruun Jensen Research Programme for Environmental and Health Education at the Danish University of Education // Danish University of Education Press, 1. Edition, 1.impression. 2005. P. 37 – 41.

75. Abráмова M. Los derechos humanos en el sistema jurídico de Rusia: tradición y modernización (análisis omparative) // Boletín mexicano de derecho comparado. 2017. № 149. P. 17-19.

76. Prácticas de buen Gobierno para la protección de los derechos humanos // NACIONES UNIDAS Nueva York y Ginebra. 2008. № S.07.XIV.10. P. 45-46.