

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

Институт Права

(наименование института полностью)

Кафедра «Конституционное и административное право»
(наименование кафедры)

40.05.01 Правовое обеспечение национальной безопасности

(код и наименование направления подготовки, специальности)

Государственно-правовая

(направленность (профиль)/специализация)

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

на тему «Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации: проблемы обеспечения и защиты»

Студент

С.А. Бугаев

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

Н.А. Блохина

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Допустить к защите

Заведующий кафедрой

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

(личная подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г.



Тольятти 2018



Росдистант
ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННО

Аннотация

Актуальность темы выпускной квалификационной работы обусловлена важностью рассмотрения вопросов законодательного обеспечения конституционного права на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в Российской Федерации.

Целью выпускной квалификационной работы является проведение комплексного исследования правового регулирования и реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь. Для достижения указанной цели была предпринята попытка решить следующие задачи:

изучить и проанализировать право на охрану здоровья и медицинскую помощь в системе прав человека;

определить содержание права на охрану здоровья и медицинскую помощь;

исследовать и проанализировать законодательство, обеспечивающее реализацию права на охрану здоровья и медицинскую помощь (система законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на федеральном и на региональном уровнях);

выявить проблемы реализации права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Объектом исследования являются общественные отношения, возникающие в сфере реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников.

Содержание

Введение	4
1 Общая характеристика права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ	6
1.1 Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в системе прав человека	6
1.2 Понятие права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ	14
2 Реализация права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ	32
2.1 Механизм реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ	32
2.2 Гарантии реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ	38
3 Проблемы реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ	52
3.1 Проблемы нормативно-правового регулирования обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ	52
3.2 Проблемы реализации государственной политики в сфере обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ	58
Заключение	71
Список используемой литературы	81

Введение

Актуальность темы выпускной квалификационной работы обусловлена важностью рассмотрения вопросов законодательного обеспечения конституционного права на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в Российской Федерации. Конституция РФ впервые закрепила положение о высшей ценности человека, его прав и свобод. Она определила конституционные параметры осуществления именно гуманитарно-правовой стратегии, тем самым з крепив демократический характер правовой системы, ее гуманистическую направленность. На нормативном уровне это выражается прежде всего в ст. 2 и 18 Конституции РФ. Так, согласно ст. 2 Конституции РФ «человек, его права и свободы.

Целью выпускной квалификационной работы является проведение комплексного исследования правового регулирования и реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь. Для достижения указанной цели была предпринята попытка решить следующие задачи:

изучить и проанализировать право на охрану здоровья и медицинскую помощь в системе прав человека;

определить содержание права на охрану здоровья и медицинскую помощь;

исследовать и проанализировать законодательство, обеспечивающее реализацию права на охрану здоровья и медицинскую помощь (система законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на федеральном и на региональном уровнях);

выявить проблемы реализации права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Объектом исследования являются общественные отношения, возникающие в сфере реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации.

Предмет исследования составляют Конституция Российской Федерации, федеральные конституционные законы Российской Федерации, федеральные законы Российской Федерации, акты исполнительных органов государственной власти и иные нормативные правовые акты, положения стратегических политико-правовых документов, регламентирующих отношения в процессе реализации права на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь, а также судебная и правоприменительная практики в данной сфере.

Методологическую основу данной работы составляют как общенаучные, так и специальные методы научного познания. В работе были использованы диалектический, логический, формально-юридический, сравнительно-правовой и статистический методы.

Теоретическую основу исследования составляют труды российских ученых в области конституционного права, общей теории права, административного и гражданского права.

Правовая основа дипломной работы сформирована на основе Конституции Российской Федерации, федеральных конституционных законов, федеральных законов Российской Федерации, международно-правовых документов, указов Президента РФ, постановлений и распоряжений Правительства РФ, законов и иных нормативных актов субъектов РФ.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников.

1 Общая характеристика права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ

1.1 Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в системе прав человека

Право на охрану здоровья является неотчуждаемым правом каждого человека, поскольку само здоровье - необходимое условие его биологического существования и, кроме того, во многом определяет возможность социализации индивида. Осознавая данный факт, большинство современных государств закрепили право на охрану здоровья (в том или ином понимании) в основных законах своих стран. При этом подобное юридическое оформление далеко не всегда означает возможность действительной реализации права на охрану здоровья, чему в немалой степени способствуют политические, экономические и культурные условия той или иной страны.

Слаборазвитая экономика, политическая нестабильность, низкий уровень грамотности населения в целом ряде регионов Земного шара не позволяют в должной мере обеспечивать право на охрану здоровья широкому кругу стран. Однако это не лишает их возможности реализовать данное право для населения своих стран, используя универсальный механизм международно-правового сотрудничества.¹

Необходимость охраны здоровья в настоящее время осознается, пожалуй, всеми.² Более того, в большинстве цивилизованных обществ здоровье признается социальным благом, необходимой качественной составляющей человеческого бытия, которая, во-первых, является основным фактором биологического выживания человека, а во-вторых, во многом определяет возможность социализации индивида, т.е. позволяет человеку быть человеком.

¹ Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 года (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. - 2014. - N 31. - ст. 4398.

² Калашников К. Н. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения [Текст]: монография / К. Н. Калашников, А. А. Шабунова, М. Д. Дуганов. - Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. - с.153.

Здоровье всех людей является основой для достижения мира и безопасности и зависит от как можно более тесного сотрудничества отдельных людей и государства в целом. Не случайно, поэтому право на охрану здоровья (либо «право на здоровье») закрепляется в большинстве современных конституций, что само по себе придает данному праву особый социально-правовой статус с учетом значимости основного закона в иерархии нормативных актов любой страны.

Придание праву на охрану здоровья статуса конституционного, с одной стороны, означает признание за данным правом первостепенной роли в системе прав и свобод человека и гражданина, отнесение его к системе тех общественных ценностей, которые составляют основу функционирования любого социума, а с другой - объективно налагают на государство неотъемлемые обязанности (обязательства) по его обеспечению, ибо провозглашение права на охрану здоровья в качестве основного права человека превращает реализацию данного права в перманентную задачу любого правительства.

Соответственно этому в нормах национального законодательства, основополагающих международно-правовых актах здоровью как общественному благу, обеспечиваемому и охраняемому государством, уделяется значительное внимание.

Таким образом, конституционное закрепление права на охрану здоровья априори должно означать готовность, а главное — способность того или иного государства обеспечить хотя бы минимальный уровень медико-санитарных, социально-бытовых, информационно-коммуникативных и других условий, позволяющих говорить о реальной возможности для граждан этих стран сохранить, а в необходимых случаях — восстановить и укрепить свое здоровье.

Обеспечение обозначенных условий напрямую зависит от целого ряда факторов, среди которых основными будут являться политический, экономический и культурный.³

Значение этих факторов трудно переоценить, ибо каждый из них способен превратить взятые на себя государством обязательства по охране здоровья в ничем не обеспеченную декларацию. К примеру, наличие в стране гражданской войны (политический фактор) изначально предполагает отсутствие каких-либо гарантий в области охраны здоровья, ибо в условиях подобного противостояния невозможно гарантировать даже естественного права человека на жизнь.

Точно так же невозможно гарантировать здоровье в условиях отсутствия должного уровня экономического развития, когда, к примеру, та или иная страна не может обеспечить для большинства своего населения даже минимально необходимой нормы питания (экономический фактор)⁴.

Грамотность, просвещенность населения в вопросах охраны здоровья также является мощным фактором сохранения и укрепления как индивидуального, так и общественного здоровья (культурный фактор). Низкий уровень культуры и безграмотность граждан, вне всякого сомнения, способствуют развитию антисанитарии, распространению болезней и вредных привычек.

И наоборот - высокий уровень общественной культуры и образованности населения, наличие разветвленной сети просветительских учреждений в ряде случаев способны минимизировать, а иногда и свести на нет не только последствия, к примеру, вредной инфекции, но и даже отрицательное влияние плохой экологии, которая, как известно, сама по себе является одним из

³ Пирогов М. В. Клинико-экономический баланс регионального здравоохранения [Текст]: (моногр.) / М. В. Пирогов, И. В. Успенская, Е. В. Манухина. – М. : Мед- издат, 2013. – 96 с.

⁴ Чеканова А.И. Проблемы правового регулирования предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования в РФ. // Молодежный научный форум: электр. сб. ст. по мат. II междунар. студ. науч.-практ. конф. № 1(2). URL: [https://nauchforum.ru/archive/MNF_interdisciplinarity/1\(2\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/MNF_interdisciplinarity/1(2).pdf) (дата обращения: 19.06.2018)

определяющих факторов здоровья. Если же смотреть в корень, то именно культура человека нередко определяет состояние окружающей его природной среды. Ведь не секрет, что неблагоприятный экологический фон, как правило, является последствием непродуманной деятельности самого человека.

Обеспечение права на наивысший достижимый уровень здоровья, которое согласно международным документам о правах человека принадлежит каждому, зависит от широкого спектра социально-экономических факторов, создающих предпосылки здоровой жизни человека. Согласно российскому законодательству это безопасные условия труда, благоприятная окружающая среда, безопасные лекарственные препараты, доступная и качественная медицинская помощь и др.

Современной тенденцией развития здравоохранения является существенное расширение числа этих факторов, совокупность которых предопределяет уровень здоровья населения. Состояние таких социально-демографических факторов описывается совокупностью демографических и институциональных индикаторов, характеризующих уровень реализации права на охрану здоровья.

К числу демографических индикаторов относятся долголетие, ожидаемая продолжительность жизни по различным социально-возрастным группам, рождаемость, смертность, инвалидизация и т.д.⁵

Во всем мире эти индикаторы используются для мониторинга обеспечения права на охрану здоровья, и в более общем плане — для расчета индекса человеческого развития. Институциональные индикаторы, такие как достаточность количества функционирующих учреждений в области охраны здоровья, качество предоставляемых товаров и услуг, наличие государственных программ развития здравоохранения, распределение соответствующих

⁵ Щепин. О. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учеб. для системы послевуз. проф. образования врачей по специальности «Обществ. здоровье и здравоохранение»: рекомендовано ГОУ ВПО «Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова»/ М-во образования и науки РФ, ФГУ «Федер. ин-т развития образования». – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.

ресурсов, также свидетельствуют о состоянии реализации права на охрану здоровья. Отдельно ведется мониторинг обеспечения доступа к объектам, товарам и услугам сферы здравоохранения наиболее уязвимых категорий лиц (инвалидов, ВИЧ-инфицированных) и недопустимости их дискриминации.

В процессе осуществления любого права его юридическое обеспечение имеет первостепенное значение. Отсюда особенно важны юридическая форма его закрепления, а также юридический механизм его реализации, представляющий собой систему правовых гарантий данного права. В свою очередь, юридическое оформление того или иного права начинается с осознания его в качестве такового, т.е. собственно права, с последующим закреплением его в национальных актах того или иного уровня.

Однако одного указания на наличие какого-либо права для его подлинной реализации явно недостаточно.⁶

Исходя из распространенной в международной доктрине прав человека концепции о трехуровневом характере обязательств государства по поводу того или иного права (будь то обязательства перед своими гражданами или в рамках мирового сообщества) одно лишь формальное закрепление (декларация) права, пусть даже и на самом высоком уровне - в конституциях или актах международного значения - соответствует всего лишь первому уровню государственных обязательств - обязанности признавать (уважать) данное право. Отметим, что второму уровню соответствует обязательство защищать его, а третьему - собственно реализовывать его.

Правовые нормы, закрепляющие позитивные обязанности государств в этой сфере, требуют их активного взаимодействия между собой, и не только потому, что внутренних резервов зачастую не хватает, а в первую очередь потому, что сами проблемы здравоохранения (будь то сугубо медицинские, связанные, к примеру, с распространением инфекционных заболеваний, или

⁶ Лисицы Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования. – 3-е изд., перераб. и доп. / Ю.П. Лисицын. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 544 с.

проблемы среды обитания человека) в условиях глобализирующегося мира могут эффективно решаться только при совместной межгосударственной деятельности.⁷

Разумеется, государства обладают свободой усмотрения в выборе конкретных способов обеспечения права на охрану здоровья в своем национальном праве, однако данные способы должны полностью реализовывать их обязательства по международным договорам в этой области.

Поэтому международно-правовое сотрудничество, выделяемое нами в качестве самостоятельного механизма реализации права на охрану здоровья, направлено в первую очередь на обеспечение позитивных обязанностей государств, принятых ими на себя в качестве обязательств по международным соглашениям.

С точки зрения международного права, кроме медицинской помощи, право на охрану здоровья включает в себя также создание основных условий (предпосылок) для здоровья, к которым относятся благоприятная окружающая среда, чистая питьевая вода, просвещение в сфере охраны здоровья, наличие подготовленных медицинских кадров, больниц и др.

Институциональный компонент составляют организации, которые являются (или могут являться в силу их правового статуса) субъектами межнационального сотрудничества в области охраны здоровья. Данные организации в зависимости от масштаба деятельности мы условно разделим на три уровня.

Первый уровень - общемировой - составляют международные организации, участвующие в охране здоровья в глобальном масштабе, т.е. в объеме всего населения Земного шара. К таким относятся как организации, непосредственной задачей которых является решение международных проблем здравоохранения, так и организации, которые к охране здоровья имеют

⁷ Сотникова Е. В. Совершенствование управления системой здравоохранения [Текст] / Е. В. Сотникова // Молодой ученый. - 2011. - №9. - С. 102-104.

отношение опосредованное, однако достижение их собственных целей предполагает активное внимание к вопросам здоровья.⁸

К организациям, составляющим второй уровень межнационального сотрудничества в области охраны здоровья, относятся правительственные и неправительственные организации, осуществляющие совместную деятельность в указанной области в пределах определенного региона.

Это могут быть как структурные подразделения общемировых организаций (к примеру, региональные бюро ВОЗ), так и руководящие органы организаций, созданных для реализации программ в области здоровья несколькими государствами (как правило, сопредельными) на основе заключенных между ними соглашений (например, Рабочая группа по здравоохранению Российско-Венгерской Межправительственной комиссии по экономическому сотрудничеству, осуществляющая координацию деятельности по реализации Соглашения между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством социальных ресурсов Венгрии о сотрудничестве в области здравоохранения (Будапешт, 2015 г.), Секретариат партнерства «Северное измерение» в области общественного здравоохранения и социального благополучия, заключенного между правительствами Эстонии, Финляндии, Германии, Исландии, Латвии, Литвы, Норвегии, Польши, России и Швеции (Санкт-Петербург, 2011 г.). Данных субъектов международного взаимодействия мы относим к региональному уровню.⁹

Несмотря на различие в масштабах поставленных задач, методах и средствах их реализации, в ресурсных возможностях, организации первого и второго уровней объединяет их наднациональный характер. В этом, казалось бы, нет ничего примечательного.

⁸ Сотникова Е. В. Совершенствование управления системой здравоохранения [Текст] / Е. В. Сотникова // Молодой ученый. - 2011. - №9. - С. 102-104.

⁹ Абалкин Л.И. Гуманистические ориентиры России [Текст] / Л.И. Абалкин, А.В. Барышева, Т.В. Бурмистрова. - М.: Институт Экономики РАН, 2012. - 392 с.

Однако в контексте нашего исследования данное обстоятельство имеет особое значение, ведь именно осознание необходимости совместной деятельности для решения проблем здравоохранения, именно принципиальное осознание большинством стран самой возможности их решения только путем взаимного сотрудничества явилось причиной создания этих организаций. Таким образом, для государств, заключивших международные соглашения в области охраны здоровья, их юридически оформленное взаимодействие в этой области изначально является одним из способов обеспечения права на охрану здоровья для народов этих стран.¹⁰

Третий уровень - национальный уровень субъектов международного сотрудничества в области охраны здоровья - составляют государственные и негосударственные организации той или иной страны. В первую очередь это национальные органы здравоохранения (как правило, на уровне соответствующих министерств).

Кроме того, к субъектам данного уровня следует относить национальные подразделения общемировых организаций и движений, таких как «Врачи мира за предотвращение ядерной войны», Международное движение Красного Креста и Красного Полумесяца и др.

Не стоит забывать и собственно правительства данных государств, которые также могут выступать в качестве непосредственного субъекта международного сотрудничества в области охраны здоровья.

Характеризуя организации в рамках вышеприведенных уровней, мы определили их как субъектов межнационального (международного) сотрудничества, сознательно избегая использования выражения «субъекты межгосударственного сотрудничества», которое, казалось бы, являлось вполне уместным в данном случае.

¹⁰ Бутусова, Н. В. Государственно-правовые отношения между государством и личностью : монография / Н. В. Бутусова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 165 с.

Дело в том, что определение взаимодействия вышеназванных организаций именно посредством термина «межнациональное (международное) сотрудничество», по нашему мнению, позволяет наиболее адекватно отразить тип связи между различными субъектами деятельности по охране здоровья в рамках предлагаемой нами трехуровневой системы.¹¹

Ведь очевидно, что статус данных субъектов различен, и далеко не все из них могут вступать в строго юридическом смысле в межгосударственные отношения, хотя бы потому, что не представляют в своем лице конкретное государство.

Тем не менее, многие из таких субъектов, имея особый статус, признаются в международных договорах, заключают соглашения с правительствами либо правительственными организациями и таким образом фактически участвуют в отношениях, одной стороной в которых выступает государство или его уполномоченный представитель.

1.2 Понятие права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ

Право на охрану здоровья является одним из важнейших социальных прав человека. Это обусловлено, прежде всего, тем, что здоровье является одним из высших благ человека. При утрате здоровья теряют свое значение иные блага и ценности. Если человек заболел, то ему становятся не интересны ни путешествия ни иные развлечения, даже работа становится неважной, на первый план выступает самочувствие и проблемы со здоровьем.

Право граждан на получение медицинской помощи закреплено в законодательных актах РФ, главным из которых является Конституция. Помощь оказывается гражданам в рамках системы ОМС или по программе добровольного страхования.

¹¹ Коротков, Ю. А. Организация управления здравоохранением в муниципальных образованиях [Текст]/ Ю. А. Коротков, В. П. Чуднов. – М.: Панорама, 2011. – 80 с.

Получить медицинские услуги можно как в госучреждении (поликлинике, больнице, санатории и т.д.), так и в частных организациях, которые имеют лицензию на оказание подобного рода помощи.

Право каждого гражданина России на получение бесплатной и высококвалифицированной медицинской помощи регламентируется множеством законодательных актов. К таковым относятся Конституция РФ, Федеральные законы и иные нормативные документы, принятые в отдельных субъектах государства (действуют, соответственно, только на территории такого субъекта и не должны вступать в противоречие с Федеральными законами).

Ст. 41 Конституции гласит, что каждый имеет право на медицинскую помощь, которая для граждан РФ является бесплатной, поскольку финансирование идет за счет федерального и регионального бюджета, страховых отчислений и других источников.¹² Ст. 18 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» трактует реализацию данного права как обеспечение государством¹³:

- Условий труда, отвечающих всем требованиям техники безопасности;
- Возможностей для полноценного отдыха;
- Надзора за охраной окружающей среды и экологией;
- Выпуска и сбыта продуктов питания, отвечающих потребностям всех слоев населения (аллергиков, диабетиков и т.п.) и лекарственных препаратов надлежащего качества;
- Быстрой, высокодоступной и квалифицированной медицинской помощи (последнему пункту уделяется подробное внимание в ст. 19).

¹² Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 года (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. - 2014. - N 31. - ст. 4398.

¹³ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. - N 263. - 2011.

Помимо гарантий бесплатного предоставления услуг врачей, граждане также могут обращаться и за получением платной помощи, например, заключив договор на добровольное страхование.

Право на медицинскую помощь в отношении иностранных граждан, которые находятся на территории России, регламентируется не только внутренними законами РФ, но и международными соглашениями.

В случае возникновения правовой коллизии, когда указанные законодательные акты противоречат друг другу, применяются правила, содержащиеся в международных договорах.

Соблюдение прав граждан требует от государства осуществления комплекса мер, направленных на создание правовых и материальных гарантий, как на федеральном, так и на региональном уровнях. Последовательная реализация программы по охране здоровья позволяет улучшать качество медицинского обслуживания, повышает его доступность для населения, обеспечивает увеличение материального достатка медицинских работников, а также повышение их квалификации.

В практическом смысле право на оказание медицинской помощи реализуется путем:

- Уважительного и доверительного отношения персонала клиник к своим пациентам;
- Оказания медицинской помощи не только исходя из физического состояния человека, но и с учетом его личных особенностей (например, религиозных или культурных);
- Соблюдения условий по проектированию медицинских учреждений по всем установленным нормам и санитарно-гигиеническим правилам для создания комфортных условий гражданам, проходящим лечение в данных заведениях;

– Создания возможностей для посещения родственников и близких людей пациента, с соблюдением при этом противоэпидемического режима.

В статье 2 Закона об охране здоровья граждан понятие охрана здоровья граждан раскрыто как система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых:

Органами государственной власти Российской Федерации,
Органами государственной власти субъектов Российской Федерации,
Органами местного самоуправления,
Организациями, их должностными лицами
Иными лицами, гражданами

Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

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.

Соккрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.¹⁴

Статья 54 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, в том числе прохождение медицинских осмотров, оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха,

¹⁴ Лисицы Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования. – 3-е изд., перераб. и доп. / Ю.П. Лисицын. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 544 с.

санитарно-гигиеническое просвещение, обучение и труд, медицинскую консультацию без взимания платы при определении профессиональной пригодности, получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме.

Нормы об охране здоровья, содержащиеся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, не должны противоречить нормам ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».¹⁵

В случае несоответствия норм об охране здоровья, содержащихся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, нормам ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» применяются нормы настоящего Федерального закона.

Органы местного самоуправления в пределах своей компетенции имеют право издавать муниципальные правовые акты, содержащие нормы об охране здоровья, в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», другими федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

Законодательство в сфере охраны здоровья в отношении организаций, расположенных на территории международного медицинского кластера и осуществляющих медицинскую деятельность, применяется с учетом особенностей, установленных Федеральным законом «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

¹⁵ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. - N 263. - 2011.

Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» предусматривает подпрограмму № 4 «Охрана здоровья матери и ребенка», цели которой заключаются в создании условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи детям и матерям; улучшении состояния здоровья детей и матерей; снижении материнской, младенческой и детской смертности; снижении уровня вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку¹⁶.

Законодательством РФ гарантировано право на медпомощь любому гражданину. Но существует ряд лиц, которые имеют особые льготы при реализации данных прав. Дети, подростки и юноши относятся к категории несовершеннолетних граждан. Период до 18-ти лет отличается созреванием всех систем организма, социализацией личности. В это время несовершеннолетние находятся в особом правовом поле, которое установлено в международным и государственным законодательством. Какие права в сфере охраны здоровья имеют дети, подростки, юноши? Какими нормативными документами устанавливаются и гарантируются такие права? Как на практике реализуются права несовершеннолетних? Ответим на эти вопросы в данной статье.

Основным документом, который защищает права детей, является Конвенция о правах ребенка. В России данный нормативный акт работает с 1990 г. Базовым принципом Конвенции является безусловное право любого несовершеннолетнего на особую помощь и защиту. В статье 6 предписано органам государственной власти прикладывать все усилия для выживания, развития всех детей. Также статьи 24 – 26 устанавливают, что страны, признавшие Конвенцию, обязаны:

¹⁶ Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» Собрание законодательства РФ. – 2014. - N 17. - ст. 2057.

- Признавать права детей на доступ к наиболее современным услугам и технологиям здравоохранения, лечения и восстановления организма;
- Стремиться к снижению младенческой смертности, предоставлять медпомощь каждому несовершеннолетнему (первичная медико-санитарная сфера имеет преимущество), бороться с недоеданием в детском возрасте, предоставляя питательное продовольствие и не загрязненную воду;
- Предоставлять беременным необходимую медицинскую помощь до родов и после них;
- Обеспечивать доступную и подробную информацию о пользе грудного кормления, профилактике несчастных случаев, гигиене и др.;
- Развивать систему просвещения в области планирования семьи, медицинской профилактики;
- Бороться с практиками, отрицательно влияющими на детское здоровье и развитие;
- Признавать право детей, находящихся на попечении (с целью ухода, лечения, защиты), на оценку условий попечения;
- Гарантировать детям право пользоваться достижениями в области социального обеспечения, в том числе социального страхования, принимая меры для реализации данного права;
- Признавать право детей на жизненный уровень, который необходим для детского развития (духовного, физического, социального, интеллектуального, нравственного);
- Помогать родителям (опекунам) материально, поддерживая государственные программы, направленные на обеспечение продовольствием, жильем, одеждой.

Конвенция имеет 54 статьи, которые учитывают все, связанное с жизнью и положением ребенка в обществе, она обязывает государства, которые присоединяются к Конвенции, нести юридическую ответственность за свои

действия в отношении детей. Страны, ратифицировавшие Конвенцию о правах ребенка или присоединившиеся к ней, должны пересмотреть свое национальное законодательство для обеспечения его соответствия положениям Конвенции. Подписывая Конвенцию, государства заявляют о своем обязательстве соблюдать эти положения и в случае их невыполнения, несут ответственность перед международным сообществом

Правовые гарантии для несовершеннолетних утверждены в федеральных законах, Гражданском и Семейном кодексах России. Одним из базовых нормативных документов является закон «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» № 124 от 24.07.1998 года. Здесь прописаны стандарты качества жизни несовершеннолетнего, права на отдых, оздоровление, бесплатную медпомощь, защиту от вредящей развитию информации. Статья 10-ая вышеуказанного документа регламентирует, что в учреждениях охраны здоровья (муниципальных, государственных) всем детям обязаны оказывать медицинскую помощь бесплатно.

В перечень услуг входит:

- Профилактика и диагностика заболеваний специалистами соответствующего уровня.
- Мероприятия лечебно-оздоровительного характера, диспансеризация.
- Реабилитация детей-инвалидов и несовершеннолетних пациентов с хроническими болезнями.
- Санаторно-курортное оздоровление.

Государство признает детство важным этапом жизни человека и исходит из принципов приоритетности подготовки детей к полноценной жизни в обществе, развития у них общественно значимой и творческой активности, воспитания в них высоких нравственных качеств, патриотизма и гражданственности. Существующий в государстве механизм защиты прав

ребенка - это система социальных и правовых средств, применяемых для обеспечения реализации его прав.

Статья 54 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ регламентирует права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья. В частности, указывает на то, что такие граждане имеют следующие права:

- Льготы на питание, медпомощь, которые устанавливаются Правительством и финансируются из бюджетных средств;
- Получение образования, работа в условиях, которые соответствуют физиологическим особенностям несовершеннолетних и не вредят развитию, здоровью;
- Консультация специалистов (бесплатная), определяющая профпригодность;
- Право на информацию о здоровье в доступной форме;
- Наблюдение в диспансерных условиях, лечение, порядок которого устанавливает Минздрав (государственный, республиканский);
- Нахождение в медучреждении до четырехлетнего возраста, если ребенок не имеет родителей или попал в сложную ситуацию;
- Возможность согласиться или отказаться от медицинского вмешательства (для детей старше 15-ти, а для подростков-наркоманов – старше 16-ти лет).

Право на прохождение медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения направлено на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития. Порядок реализации права на медицинскую помощь в период оздоровления и организованного отдыха детей пока не определен.

Несовершеннолетний гражданин может с 15-ти лет самостоятельно распоряжаться своим здоровьем и жизнью, поскольку именно с этого возраста ребенок имеет право согласиться или отказаться от медицинского

вмешательства. Таким образом, при аборте несовершеннолетней (старше 15-ти лет) врач не имеет права без ее ведома сообщать родителям. Но законом установлено, что родители продолжают отвечать за ребенка до 18-ти лет. В юридической практике принимается аналогия, по которой полная дееспособность лица наступает после совершеннолетия. Соответственно, принимать важные решения без согласия (письменного) родителей (попечителей) несовершеннолетний не может. Очевидно, что вмешательство в репродуктивную сферу – важное решение. Таким образом, согласие одного из родителей (письменное) необходимо.

Детям до 18-ти лет гарантировано оказание медпомощи бесплатно. Но зачастую очередность либо срок ожидания, устанавливаемый в пределах программ государственного регулирования в медицинской сфере, столь велик, что появляется необходимость оплачивать процедуру, анализы либо лечение.

Права на медпомощь несовершеннолетним регулируются на уровне международного и федерального законодательства. Каждый ребенок имеет право на бесплатную медпомощь, услуги, гарантированные социальным страхованием. Ответственность за здоровье детей до совершеннолетия несут родители и государство.

Позиция государства относительно лиц с инвалидностью базируется на обеспечении данной категории граждан всеми правами, которые предусмотрены Конституцией. При этом учитываются международные нормы и договоры, ратифицированные РФ. Законом установлено, что инвалидом является лицо со стойким нарушением здоровья, которое обуславливает ограничения жизнедеятельности. Нормы, регламентирующие права лиц с инвалидностью, утверждены Трудовым кодексом, законами «О социальной защите инвалидов в РФ» № 181 от 24.11.1995 года, «О ветеранах» № 710 от 17.07.1995 года.

Трудовой кодекс (ст. 262, 263) предусматривает предоставление дополнительного двухнедельного отпуска одному из родителей,

воспитывающих несовершеннолетнего инвалида. Однако подобное право требует закрепления в договоре предприятия (организации), где работает родитель. Также у родителей есть право на 4 ежемесячных оплачиваемых выходных, которые может оформить мать или отец (один из опекунов). Фонд соцстрахования утвердил разъяснения данной статьи Трудового кодекса, согласно которым при оформлении выходных необходимо:

Написать заявление и предоставить документ из учреждения соцзащиты, в котором подтверждается инвалидность несовершеннолетнего, а также тот факт, что он не находится на государственном обеспечении в организации для инвалидов. Справку необходимо брать каждый год.

Представить подтверждение с места работы второго родителя, что он не оформлял дополнительные выходные в этом месяце, либо использовал часть из них. Документ предоставляется каждый месяц. Если один из родителей умер, лишен родительских прав, находится под стражей, командирован по причине производственной необходимости на срок более месяца или супруги в разводе (все обстоятельства необходимо подтверждать документально), то справка не требуется.

Предъявить копию справки о самозанятости второго родителя. Тогда один из супругов, состоящий в трудовых отношениях, получает право на 4 выходных.

На 2 оплачиваемых выходных можно рассчитывать без предоставления справок о трудовой деятельности второго родителя или в том случае, если он имеет статус безработного. Выходные не предоставляются во время нахождения родителя в очередном, бесплатном отпуске, отпуске по уходу за ребенком до полутора лет. Второй родитель вправе оформить 4 оплаченных выходных. Выходные оплачиваются Фондом соцстрахования в размере среднего дневного заработка.

Названная категория лиц, в том числе дети-инвалиды и инвалиды с детства, имеют право на медико-социальную помощь, реабилитацию,

обеспечение лекарствами, протезами, протезно-ортопедическими изделиями, средствами передвижения на льготных условиях, а также на профессиональную подготовку и переподготовку.

Порядок оказания инвалидам медико-социальной помощи и перечень льгот для них определяются законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации. Органы государственной власти автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга в пределах своей компетенции могут устанавливать для инвалидов дополнительные льготы.

Льготное обеспечение лекарственными препаратами для лиц с инвалидностью утверждено в вышеуказанном законе «О ветеранах». Чтобы приобрести препарат со скидкой или потребовать возмещение средств, потраченных на покупку определенных лекарств, необходимо обратиться к лечащему врачу по месту жительства. Доктор обязан разъяснить, какие препараты можно получить бесплатно или со скидкой, выписать рецепт на специальном бланке.

В больницу необходимо предоставить паспорт; документ, который подтверждает принадлежность к льготной категории (удостоверение инвалида, чернобыльца и др.); справку о получении государственных пособий. Перечень препаратов, которые можно получить по льготе, включает сотни наименований, но указаны не коммерческие наименования, а международные непатентованные названия действующих веществ. В аптеке требуется предъявить рецепт на особом бланке, паспорт, медицинскую выписку. На отсутствие необходимых препаратов в аптечном киоске можно пожаловаться в Департамент здравоохранения.

Федеральное законодательство в отношении инвалидов кардинально не менялось более 20-ти лет, однако в действующие законы вносились изменения и уточнения. Дополнительные льготы для лиц с особыми потребностями могут быть отдельно предусмотрены в законодательных актах субъектов Федерации.

Воспользоваться особыми правами могут не только инвалиды, но и лица, осуществляющие уход за ними, родители детей-инвалидов.

Женщины, вынашивающие ребенка, а также воспитывающие малолетнего, могут рассчитывать на льготные отпуска, улучшение условий трудовой деятельности на основании ст. 259 – 264 Трудового кодекса, а именно:

Уменьшение нормативов выработки и обслуживания, перевод на иную должность, которая исключает неблагоприятное воздействие на организм беременной. Для перевода требуется заявление и медзаключение. До перевода сотрудница от работы отстраняется, но ей начисляется средняя зарплата;

Сохранение среднего уровня зарплаты во время диспансерного обследования беременной;

Запрет на трудовую деятельность в ночные смены, сверхурочно, в выходные либо праздничные дни, на командировки по служебной необходимости. Сотрудниц, у которых детям не исполнилось 3 года, можно привлекать к данным видам работ и отправлять в командировки только по их согласию. Должно быть письменное подтверждение, что они знают о своем праве отказаться от сверхурочной деятельности, служебных командировок;

Оформление отпуска (оплачиваемого) перед или после ухода в декрет;

Запрет на прекращение трудового договора с женщинами на любом сроке беременности, исключая ликвидацию организации (производства), индивидуального бизнеса;

Предоставление в заявительном порядке 4-х (одного в сельской местности) оплачиваемых выходных ежемесячно для родителей, которые воспитывают инвалида детства;

Включение 30 минутных перерывов для грудного вскармливания (предусмотрены для сотрудниц, которые воспитывают ребенка до полутора лет, после каждых 3-х ч. работы) в перерывы для отдыха или сокращение смены на сумму перерывов;

Сохранение должности за сотрудницей, оформившей отпуск (входит в стаж) по уходу до трех лет включительно;

Предоставление двухнедельного бесплатного отпуска в любое время (когда данная норма прописана в договоре предприятия) для матерей-одиночек с детьми до 14-ти лет, для родителя с двумя и более детьми до 14-ти лет, с несовершеннолетним ребенком-инвалидом.

Вышеуказанными правами могут воспользоваться не только родители, но и усыновители (попечители). Кроме того, Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» статьей 52 регулирует такие права, как обеспечение медицинской помощью в любых медицинских организациях, обеспечение полноценным питанием, в том числе через специальные пункты и торговые организации, а также охрану и поощрение со стороны государства. Такое законодательное регулирование прав беременных женщин обеспечивается в каждой стране мира.

В Пенсильвании (США) действует закон, запрещающий прикасаться к женщине, которая вынашивает ребенка. Его приняли в 2013 году после юридического казуса, когда беременная обвинила мужчину в домогательстве. Представители правопорядка были вынуждены арестовать пожилого мужчину, который просто погладил живот беременной, желая выразить умиление. Власти штата поспешили обезопасить беременных и приняли закон, запрещающий прикасаться к будущим мамам без их согласия.

Статья 38 Конституции РФ подтверждает, что детство и материнство находятся под защитой государства, которое предоставляет женщинам такое право выбора, как место и условия родов, согласие или несогласие в получении определенных видов медицинских услуг (например, УЗИ плода), согласие или отказ от медицинских манипуляций и госпитализации.

К таким обязательствам относится оплаченный период отпуска по беременности и родам, выплата нескольких видов пособий, материнский капитал. Выплаты беременным и семьям с детьми осуществляются:

За обращение в медучреждение на раннем (до 12-ти недель) сроке – 613 руб. 14 коп.;

За пребывание в отпуске по родам, беременности. Срок - от 140 дней (половина до родов, половина после) до 194. Размер выплаты зависит от деятельности до родов и может равняться среднему заработку, стипендии, довольствию военнослужащих, фиксированной выплате;

За рождение ребенка (16 350 руб. 33 коп.) одному из родителей, усыновителей;

За уход до полуторагодового возраста (40% от среднего заработка, не менее 3 065 руб.69 коп.);

За рождение 2-го и последующих детей (материнский капитал с целевым использованием). Выдача соответствующих сертификатов продлена до конца 2018 г., сумма – 453 026 руб.

Все суммы указаны с учетом зимней индексации 2017 г. и действительны с 1 февраля. При этом, если беременная женщина переходит на так называемый «легкий труд», размер ее официального оклада не подлежит изменениям. И все выплаты до и после рождения ребенка она получит с учетом размера официальной зарплаты и действующей индексации.

Приведем пример. Оператор компьютерного набора Васильева Л.П. на третьей неделе беременности подала заявление о переводе на «легкий труд». Работодатель отказал, мотивируя небольшим сроком и нормальными условиями труда. Отказ был неправомерен. Васильева Л.П. (при наличии справки о беременности и медицинского заключения) может требовать перевода, поскольку законом не установлен конкретный срок беременности, когда можно перейти на «легкий труд», а в медицинском заключении должно

быть указано, что сотрудница не должна проводить за ПК больше 3-х часов подряд.

К настоящему времени в России сложилась достаточно развитая система выплат и пособий по беременности и родам. Целью таких выплат является частичная или полная компенсация временно утраченного дохода, оказание материальной поддержки малоимущим семьям и так далее. Для определенных категорий граждан, например, жен военных, проходящих службу по призыву, существует специальная система выплат.

В России мать и ребенка защищает закон. Производственные отношения регламентирует Трудовой кодекс, финансовые выплаты – федеральное законодательство и указы. Ежегодно происходит индексация выплат, предусмотренных для семей с детьми и беременных женщин. Законодательство обеспечивает право беременных женщин на получение бесплатной медицинской помощи в соответствующих лечебных заведениях, на выбор врача и роддома.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

- законодательство РФ в области охраны здоровья отражает мировые тенденции развития международных правовых норм в данной области и вместе с тем требует дальнейшего развития и совершенствования по направлениям создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи.

- в настоящее время решение задач по охране здоровья проявляется в рационализации и реструктуризации амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений, оказывающих педиатрическую и акушерско-гинекологическую помощь, в совершенствовании до- и последипломной подготовки медицинских кадров, во внедрении современных высокотехнологичных методах диагностики, лечения, реабилитации и профилактики.

- право на охрану здоровья является одним из важнейших социальных прав человека.

Это обусловлено, прежде всего, тем, что здоровье является одним из высших благ человека. При утрате здоровья теряют свое значение иные блага и ценности. Если человек заболел, то ему становятся не интересны ни путешествия ни иные развлечения, даже работа становится неважной, на первый план выступает самочувствие и проблемы со здоровьем.

Право граждан на получение медицинской помощи закреплено в законодательных актах РФ, главным из которых является Конституция. Помощь оказывается гражданам в рамках системы ОМС или по программе добровольного страхования.

Получить медицинские услуги можно как в госучреждении (поликлинике, больнице, санатории и т.д.), так и в частных организациях, которые имеют лицензию на оказание подобного рода помощи.

- право каждого гражданина России на получение бесплатной и высококвалифицированной медицинской помощи регламентируется множеством законодательных актов.

К таковым относятся Конституция РФ, Федеральные законы и иные нормативные документы, принятые в отдельных субъектах государства (действуют, соответственно, только на территории такого субъекта и не должны вступать в противоречие с Федеральными законами). Ст. 41 Конституции гласит, что каждый имеет право на медицинскую помощь, которая для граждан РФ является бесплатной, поскольку финансирование идет за счет федерального и регионального бюджета, страховых отчислений и других источников.

2 Реализация права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ

2.1 Механизм реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ

Основная цель государственного регулирования охраны здоровья граждан заключается в сбережении и укреплении здоровья населения. Национальная система здравоохранения современного государства должна быть построена на основе прогрессивного законодательства, включающего в себя передовой опыт мировой науки и практики в области охраны здоровья и права.

Право человека на охрану здоровья имеет комплексный характер и включает в себя целый ряд элементарных прав, которые закреплены в международно-правовых документах о правах и свободах человека, в законах и иных правовых актах.

К ним, в частности, относятся: право граждан на получение достоверной и своевременной информации о факторах, влияющих на здоровье; право на медико-социальную помощь; право на особую охрану здоровья граждан, занятых отдельными видами вредной профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности; право на заботу государства об охране здоровья членов семьи; право на особую охрану здоровья беременных женщин и матерей, несовершеннолетних, инвалидов, граждан пожилого возраста, граждан, пострадавших при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагополучных районах, и др.

Е.В. Сотникова рассматривает государственную функцию охраны здоровья населения страны, как «систему, включающую в себя здравоохранение в широком социально-организационном смысле как деятельность государства, направленную на обеспечение высокого уровня здоровья граждан, так и в узком, собственно отраслевом смысле включает в

себя систему медико-санитарных мероприятий, осуществляемых организациями здравоохранения».¹⁷

И.В. Василенко отмечает, что «активное участие государства в процессах, направленных на социальное благополучие граждан, можно рассматривать как процесс построения социально ориентированной экономики через обеспечение конкурентоспособности товаров и услуг, за счет повышения эффективности использования внутренних ресурсов и преимуществ рыночной экономики». Кроме того, И.В. Василенко отмечает, что «право на охрану здоровья признаётся мировым сообществом в качестве основного неотъемлемого права, принадлежащего каждому человеку. Оно провозглашено уже в самых первых международных правовых актах и отнесено к группе экономических, социальных и культурных прав».

По мнению О.П. Щепина в современных условиях роль государства в сфере здравоохранения состоит в создании и поддержании «определенных гарантий для каждой конкретной личности в области предоставления медицинской помощи, в создании разветвленной сети доступных лечебно-профилактических учреждений, в которых медицинская помощь оказывается бесплатно, а также в принятии ряда законодательных актов, регулирующих вопросы здравоохранения».

К.Н. Калашников в своих исследованиях утверждает, что жесткий государственный контроль над системой здравоохранения, в том числе и над рынком медицинских услуг, мотивирован весьма спорными соображениями о несостоятельности рынка.¹⁸

Согласно Уставу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (принят в г. Нью-Йорке 22.07.1946 г.) здоровье – это состояние полного физического,

¹⁷ Сотникова Е. В. Совершенствование управления системой здравоохранения [Текст] / Е. В. Сотникова // Молодой ученый. - 2011. - №9. - С. 102-104.

¹⁸ Щепин. О. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учеб. для системы послевуз. проф. образования врачей по специальности «Обществ. здоровье и здравоохранение»: рекомендовано ГОУ ВПО «Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова»/ М-во образования и науки РФ, ФГУ «Федер. ин-т развития образования». – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.

душевного и социального благополучия. Обладание высшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического и социального положения.

Здоровье – высшее неотчуждаемое первостепенное благо человека, без которого в той или иной мере утрачивают значение многие другие блага. Кроме того, здоровье населения является одной из составляющих национальной безопасности государства. Именно в силу значимости этого блага государство и право охраняют его от неправомерных посягательств.

В Российской Федерации главным нормативным актом, регулирующим охрану здоровья населения, является Конституция. Статья 20 Конституции определяет право каждого на жизнь. Статья 38 Конституции закрепила охрану материнства, детства и семьи в РФ. Статья 41 Конституции гласит: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь»¹⁹.

Таким образом, законодательство в сфере охраны здоровья основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», принимаемых в соответствии с ним других федеральных законов, иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.²⁰

Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» регулируются отношения, которые возникают в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации, а также определяются «правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья, права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав,

¹⁹ Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 года (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. - 2014. - N 31. - ст. 4398.

²⁰ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. - N 263. - 2011.

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».

Согласно статье 2 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» охрана здоровья граждан представляет собой «систему мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи».²¹

Принципы охраны здоровья граждан заключаются в следующем:

- «соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- приоритет охраны здоровья детей;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;

²¹ Кораблев В. Н. Модернизация организационно-экономической модели как основа повышения эффективности здравоохранения в современных условиях [Текст]: монография / В.Н. Кораблев. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2011. – 275 с.

- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- соблюдение врачебной тайны».

Государственная политика в области охраны здоровья населения предусматривает:

- создание условий для сохранения и укрепления здоровья населения;
- ответственность граждан за сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья других людей;
- профилактическую направленность здравоохранения;
- доступность медицинской помощи и лекарственного обеспечения населения;
- приоритетное медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение детей и матерей;
- координацию и контроль Министерством здравоохранения в области здравоохранения других органов государственного управления, ведающих вопросами здравоохранения, и субъектов, осуществляющих деятельность в области здравоохранения;
- экономическую заинтересованность юридических и физических лиц в охране здоровья населения;
- ответственность государственных органов, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей за состояние здоровья населения;
- участие общественности и граждан в охране здоровья населения.

Состояние здоровья населения является показателем социально-экономического развития общества, наличия в стране действенной системы

социальных гарантий, характеризующих степень ответственности государства перед своими гражданами.²²

В системе государственного регулирования особо следует выделить правовые методы, совокупность которых лежит в основе правового регулирования. Правовое регулирование обеспечивает целенаправленное воздействие на поведение, деятельность людей, а через них - на общественные отношения. Основными элементами правовых методов являются юридические нормы, государственные предписания и акты применения права, правоотношения, акты реализации прав и обязанностей.

Развитие здравоохранения должно исходить из принципов ответственности государства, предпринимателей за состояние здоровья граждан, равных возможностей для деятельности всех учреждений здравоохранения независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.²³

Основной задачей государственного контроля (надзора) в сфере здравоохранения является обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности, соблюдение об обращении лекарственных средств, безопасного применения медицинских изделий.

В современном обществе грамотное развитие социальной сферы является важнейшей стратегической задачей, о чем свидетельствуют принимаемые концепции развития и программы долгосрочного развития регионов. Это свидетельствует, как о необходимости улучшения качества жизни населения и государственной значимости данного направления, так и о неразрешенности теоретико-методологических и организационных проблем управления социальной сферой.

²² Кораблев В. Н. Модернизация организационно-экономической модели как основа повышения эффективности здравоохранения в современных условиях [Текст]: монография / В.Н. Кораблев. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2011. – 275 с.

²³ Сотникова Е. В. Совершенствование управления системой здравоохранения [Текст] / Е. В. Сотникова // Молодой ученый. - 2011. - №9. - С. 102-104.

Традиционный отраслевой подход в сочетании с программно-целевым не обеспечивает заданной эффективности, препятствует развитию социальной сферы. Исходя из этого, некоторые регионы применяют в управлении и организации социальной сферы кластерный подход, являющийся инструментом повышения эффективности организации управленческих процессов на уровне региона. Кластерные технологии предполагают рассматривать составляющие регионального управления – общественно-политическую, хозяйственную, государственную (федеральную и субъектов федерации), муниципальную, как самостоятельный кластер (единую систему). Целостность кластера поддерживается единством нормативной базы, общими целями, кадровой ротацией.²⁴

Таким образом, государство является гарантом удовлетворения общественно необходимых потребностей граждан в медицинском обслуживании вне зависимости от доходов. Основными направлениями развития государственного регулирования охраны здоровья населения должны стать профилактика заболеваний и создание страховой медицины, а источниками финансирования - государственный бюджет и негосударственные инвестиции при постепенном увеличении последних.

Кроме того, система здравоохранения современного государства должна быть построена на основе прогрессивного законодательства, включающего в себя передовой опыт мировой науки и практики в области охраны здоровья и права.

Право человека на охрану здоровья имеет комплексный характер и включает в себя целый ряд элементарных прав, которые закреплены в международно-правовых документах о правах и свободах человека, в законах и иных правовых актах.

²⁴ Кораблев В. Н. Модернизация организационно-экономической модели как основа повышения эффективности здравоохранения в современных условиях [Текст]: монография / В.Н. Кораблев. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2011. – 275 с.

К ним, в частности, относятся: право граждан на получение достоверной и своевременной информации о факторах, влияющих на здоровье; право на медико-социальную помощь; право на особую охрану здоровья граждан, занятых отдельными видами вредной профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности; право на заботу государства об охране здоровья членов семьи; право на особую охрану здоровья беременных женщин и матерей, несовершеннолетних, инвалидов, граждан пожилого возраста, граждан, пострадавших при чрезвычайных ситуациях и в экологически неблагополучных районах, и др.

2.2 Гарантии реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ

Главную роль в реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь играют органы исполнительной власти на всех уровнях. Эффективность государственной политики зависит от выполнения нескольких условий:

- Законодательство должно точно определять границы и основные организационные и финансовые аспекты реализации государственной политики.

- Исполнительные органы должны обладать необходимыми ресурсами и квалифицированными кадрами. Государственная политика должна найти широкую поддержку среди социальных групп и лидеров общественно-политических организаций. Государственная политика не должна вызывать социальных конфликтов и подрывать социально-экономические или политические основы государства. В процессе реализации политики роль государственных органов власти состоит в том, чтобы: получить необходимые ресурсы; разработать соответствующие планы и программы; организовать и

скоординировать деятельность участников; осуществить мероприятия по достижению поставленных целей.

- Целевые программы – это инструмент государственной политики, они увязаны по ресурсам, исполнителям и срокам осуществления с комплексом научно-исследовательских, опытно-конструкторских, производственных, социально-экономических, организационно-хозяйственных и других мероприятий, обеспечивающих эффективное решение задач.

Основные принципы целевого метода впервые были сформулированы в 30-х годах прошлого века в Соединенных Штатах Америки. Первыми, кто на практике применил такой бюджет в 1950-х гг., были несколько местных администраций в США. Двумя важнейшими преимуществами этого подхода над постатейным бюджетом были:

1) установление соответствия между поступлениями и расходами, которые тогда назывались «результаты», посредством использования узкого понятия «исполнение» - что и как было сделано. В настоящее время к этой категории относят показатели рабочей нагрузки, показатели продукта и т.д. Таким образом, можно приравнять понятие «результаты» к конечным показателям продукта. Вследствие применения целевого бюджета стоимость единицы продукции и / или измерения операционной производительности (т.е. установление соотношения рабочая нагрузка / показатель продукта - показатель затрат) стали стандартными инструментами в формировании современных бюджетов;

2) накладывает ответственность на исполнителей бюджета в отличие от постатейного метода его формирования. Кроме того, в целевом методе заложены механизмы для измерения этой ответственности, которая является более чем единством фискальной политики и соответствия бухгалтерскими стандартами; она включает в себя измерение объемов осуществленных работ, их качество и достижения целей.

Согласно целевым методам, ответственность включает в себя и внебюджетную работу. Также, в противовес постатейному, целевой метод позволяет установить логическую связь между затратами и результатами (например, путем создания ценовых стандартов). И хотя бюджет по целевым методам труднее составить, поддерживать и анализировать, чем постатейный, он дает гораздо больше информации для обсуждения и принятия взвешенных решений.

Несмотря на эти преимущества, целевой метод, по сравнению с простым постатейным, имеет и недостатки :

- Целевые бюджеты закладывают высокие требования. Подобная форма, в части ведения бюджетной отчетности, также требует дополнительных систем для мониторинга и управления.

- Целевой бюджет требует использования многих статистических показателей в связи с необходимостью измерения различных результатов и широким использованием данных.

Следующим шагом было введение программного метода управления финансовыми ресурсами. Впервые это было сделано в 40-х гг. в США. Программы предусматривали разработку показателей выполнения, по которым бы оценивали эффективность предоставляемых услуг, а также уровень достижения предварительно определенных целей и задач. Итак, это можно расценивать как начало программно-целевого метода управления финансовыми ресурсами.

В начале 1960-х гг Департамент Обороны США имплементировал программно-целевой метод для управления бюджетными ресурсами, после чего президент Джонсон задекларировал введение такой практики во всех подразделениях государственного управления .

На протяжении последних двух десятилетий во всех развитых странах программно-целевой метод приобрел популярность как эффективный инструмент бюджетного управления. После попыток применять различные

методы повышения эффективности управления бюджетными ресурсами, правительства стран Запада еще раз убедились в ценности программно-целевого метода как инструмента для рационального распределения бюджетных средств по различным приоритетным направлениям. Следовательно, этот метод помог чиновникам многих стран четко установить приоритеты в рамках существующих фискальных ограничений, а также получить информацию от населения об уровне предоставляемых услуг за счет бюджетных средств.

Все страны Европейского Союза, а также США и Канада, активно практикуют использование отдельных компонентов программно-целевого финансирования предоставления общественных услуг. Европейский Союз представил несколько ключевых нормативных актов, которые мотивируют страны-члены к принятию и применению важных элементов среднесрочного фискального и программно-целевого финансового планирования. Обзор международных практик применения элементов программно-целевого метода в странах с переходной экономикой также свидетельствует об эффективности разработки и его внедрения в формирование бюджета, как на государственном, так и на местном уровнях.

Опыт этих стран показывает, что социально - экономическое развитие местных общин напрямую зависит от эффективности реализации государственной социальной политики. Через программно-целевой метод осуществляется связь основных государственных целевых и отраслевых программ, направленных на улучшение качества предоставления общественных услуг, и соответствующих местных программ. Все это создает основу для обеспечения стабильно высокого уровня развития человеческого потенциала в указанных странах.

Одна из приоритетных задач современного этапа развития России состоит в качественном улучшении системы государственного и муниципального управления. Без ее решения невозможно достичь конкурентоспособности

страны в быстро меняющемся мире, обеспечить на должном уровне потребности в общественных благах и услугах.

Управление и контроль над учреждениями здравоохранения включает министерский (федеральный), региональный (крупные центры и города) и местный (муниципальный) уровни. Государственные (федеральные, региональные, муниципальные) органы управления здравоохранением имеют право контролировать работу частных медицинских учреждений и частнопрактикующих врачей.²⁵

В свою очередь, административные органы исполнительной власти, отвечающие за общественную систему здравоохранения, находятся под юрисдикцией органов законодательной власти (Государственная Дума, Совет Федерации). Надзор за исполнением законов в области здравоохранения, в свою очередь, осуществляют органы и учреждения судебной власти.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Организация охраны здоровья основывается на функционировании и развитии государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Структура Министерства здравоохранения РФ представлена в приложении А.

Государственную систему здравоохранения составляют:

- федеральные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальные органы;
- исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти;

²⁵ Сотникова Е. В. Совершенствование управления системой здравоохранения [Текст] / Е. В. Сотникова // Молодой ученый. - 2011. - №9. - С. 102-104.

– подведомственные федеральным органам исполнительной власти и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.²⁶

Муниципальную систему здравоохранения составляют:

- органы местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющие полномочия в сфере охраны здоровья;
- подведомственные органам местного самоуправления медицинские организации и фармацевтические организации.

Частную систему здравоохранения составляют создаваемые юридическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организации и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.

Здравоохранения состоит из элементов (это медицинские учреждения и кадры, органы власти и т. д.), связей и отношений между ними (прежде всего это финансовые взаимодействия и нормативно-правовые акты, регламентирующие эти интеракции), а также целей, ради достижения которых она существует (сохранение и укрепление здоровья граждан, поддержка системной эффективности и пр.) (рис. 1.).

²⁶ Кораблев В. Н. Модернизация организационно-экономической модели как основа повышения эффективности здравоохранения в современных условиях [Текст]: монография / В.Н. Кораблев. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2011. – 275 с.



Рисунок 1 - Подсистема здравоохранения

До недавнего времени в российской научной литературе здравоохранение понималось как отрасль непроизводственной сферы, расходующая бюджетные средства, но не производящая национального продукта.

Система учреждений здравоохранения состоит из трех типов учреждений здравоохранения:

- лечебно-профилактические учреждения;
- учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы;
- аптечные учреждения.

Учреждения охраны материнства и детства включают дома ребенка, женские консультации, молочные кухни, родильные дома и др.

Минздравом России ежемесячно Федерации проводятся видеоселекторные комплексы мер, направленных на повышение эффективности оказания медицинской помощи матерям и детям первого года жизни с учетом реальной ситуации в каждом регионе, анализируются случаи младенческой смертности.

Ведущими федеральными учреждениями здравоохранения в области акушерства-гинекологии, неонатологии осуществляется взаимодействие с субъектами Российской Федерации, имеющими высокий показатель младенческой смертности, по проведению мониторинга оказания медицинской помощи матерям и детям, включая консультирование с использованием телемедицинских технологий, оказание организационно-методической и лечебной помощи, направленных на снижение показателей младенческой смертности.

В субъектах Российской Федерации младенческой смертности специалистами Минздрава России совместно с главными внештатными специалистами Минздрава России осуществляется мониторинг с выездом в регион. В настоящий момент все субъекты Российской Федерации разработали региональные Планы по снижению младенческой смертности

Планами предусмотрены мероприятия, направленные на снижение числа случаев смерти детей в возрасте до 1 года, которые позволят достичь запланированного снижения показателя младенческой смертности в субъекте Российской Федерации и в целом по Российской Федерации:

- мероприятия по информированию населения о необходимости ранней явки в женские консультации при беременности;
- мероприятия, направленные на улучшение выявляемости врожденных аномалий развития;

- мероприятия по информированию населения о необходимости родоразрешения в рекомендованных специалистами учреждениях (маршрутизация в соответствии с группой риска);
- контроль органом управления здравоохранением за маршрутизацией беременных в соответствии с группами риска;
- совершенствование навыков проведения первичной реанимации новорожденных.

В целях снижения показателя младенческой смертности Минздрав России проводит совместную работу с федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации по следующим направлениям:

- повышение квалификации медицинских работников (врачей – акушеров-гинекологов, врачей – неонатологов и врачей – анестезиологов-реаниматологов) в обучающих симуляционных центрах;
- развитие трехуровневой системы оказания медицинской помощи и маршрутизации беременных, рожениц, новорожденных и детей в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;
- укрепление первичного звена здравоохранения, активизация работы по пропаганде здорового образа жизни, качественное проведение диспансеризации детского населения и, при необходимости, осуществление лечебно-оздоровительных мероприятий, осуществление вакцинации в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Так, право граждан на медпомощь регламентируется статьей 19 Федерального закона № 323 от 21.11.2011 года. Согласно пункту 1 указанного закона каждый имеет право на медицинские услуги. Пунктом 2 регламентируется право граждан на бесплатную медпомощь в гарантированном объеме, в том числе и в рамках ДМС.

Согласно пункту 3 право на медпомощь граждан иностранных стран на территории России устанавливается законодательством на основе международными договоренностей. Лица, не имеющие гражданства, могут получить медпомощь наравне с гражданами РФ.

Пунктом 4 регламентируется порядок оказания медпомощи иностранным гражданам, в соответствии с международными договорами. Договор об оказании бесплатной медпомощи трудящимся и членам их семей, прибывшим из стран членов ЕврАзЭС, подписан 29 мая 2016 года в Астане. Пунктом 5 указанного закона регламентируются права пациентов при оказании медуслуг, а именно:

На выбор медучреждения и доктора для первичной медико-санитарной помощи. Пациент имеет право выбора медучреждения и доктора один раз в год. Сменить ЛПУ, к которому прикреплен гражданин, раньше года можно только в случаях переезда, а также при уходе врача из данного учреждения. При этом пациент подает заявление на имя руководителя учреждения. При необходимости получить специализированную медпомощь выбор профильного учреждения осуществляется лечащим врачом по направлению. Если по соответствующему профилю в рамках госпрограммы функционирует несколько медучреждений, то врач должен сообщить пациенту о возможности выбора между ними;

На диагностику, лечебно-профилактические меры, реабилитацию в медучреждениях, соответствующих действующим санитарно-гигиеническим нормам;

На получение консультации от профильных врачей;

На получение информации о своих приоритетах и обязанностях, о состоянии здоровья, с возможностью выбора лиц, которым можно будет передавать сведения о своем здоровье (диагноз, риски в случае лечения или его отсутствия, прогноз и пр.). Для недееспособных граждан, а также лиц, не достигших 16 лет, больных наркоманией в возрасте до 15 лет, разрешается

передача информации законным представителям (это могут быть опекуны, близкие родственники, доверенные лица и др.);

На облегчение болей, вызванных определенным заболеванием или медицинским вмешательством (например, обезболивание при онкологических болезнях) с применением доступных лекарственных средств и методов;

На обеспечение лечебного питания за время стационарного лечения;

На обеспечение врачебной тайны (факт обращения пациента к врачу, диагноз, лечебные средства и методы, а также другая информация, полученная в ходе обследования и терапевтических мер). Лица, которым врачебная тайна стала доступна в ходе обучения (студенты на практике), выполнения служебных обязанностей (например, представители закона), также должны соблюдать врачебную тайну.

При ее разглашении вступает в силу статья 137, часть 2 УК РФ, ответственность за моральный ущерб. Исключением из этого составляют некоторые случаи, при которых ответственность не наступает:

при согласии больного относительно указанных лиц;

при сообщении родным или законным представителям в целях проведения лечения и диагностики, если пациент не способен на самостоятельное волеизъявление;

при запросе органов уголовно-исполнительной системы;

при необходимости информирования правоохранительных органов о факте уголовно-наказуемого деяния с нанесением вреда здоровью и жизни и пр.

На согласие на медицинское вмешательство. Определенные процедуры (например, операции), показанные для лечения пациента, проводятся исключительно после его письменного согласия. Если он не в состоянии на волеизъявление, согласие дается близкими родственниками или доверенными лицами, а также по решению врачебного консилиума или самого лечащего врача, исходя из необходимости экстренной медицинской помощи;

На отказ от медицинского вмешательства. При этом доктор обязан разъяснить пациенту или его представителю о последствиях при отказе от операции или иного рода вмешательства. Оформляется отказ письменно, закрепляется подписью пациента либо его представителя. Исключением могут быть случаи, когда человек страдает психическим заболеванием и является потенциально опасным для окружающих, заболеваниями, связанными с необходимостью провести противоэпидемические процедуры. Решение о необходимости проведения лечения таких больных принимается врачебным консилиумом, а их госпитализация производится по решению суда;

На возмещение вреда здоровью, причиненного в результате некомпетентных действий медработников;

На допуск к больному адвоката либо представителя закона в целях защиты его прав;

На допуск священника, если больной желает провести религиозный обряд (последний не должен нарушать распорядок медицинского учреждения).

В России право на безвозмездную медпомощь удостоверяется полисом ОМС, его вправе получить все граждане РФ (независимо от социального статуса), иностранные лица, проживающие на территории РФ, не имеющие гражданства, беженцы.

Реализация врачебной помощи в рамках ОМС осуществляется ЛПУ и частными клиниками, включенными в специальный реестр. Частные организации, не включенные в специальный реестр, не могут оказывать бесплатные услуги в рамках ОМС.²⁷

По ОМС пациенты могут получать медпомощь в рамках базовой и территориальной программ страхования. Список болезней, входящих в полис ОМС, закреплен пунктом 6 статьи 35 Федерального закона об ОМС. Базовая

²⁷ Чеканова А.И. Проблемы правового регулирования предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования в РФ. // Молодежный научный форум: электр. сб. ст. по мат. II междунар. студ. науч.-практ. конф. № 1(2). URL: [https://nauchforum.ru/archive/MNF_interdisciplinarity/1\(2\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/MNF_interdisciplinarity/1(2).pdf) (дата обращения: 19.06.2018)

программа действует во всех регионах РФ, пациент имеет право на бесплатную медпомощь, независимо от того, в каком регионе наступил страховой случай. В рамках базовой программы ОМС пациентам оказывается:

Первичная медпомощь;

Профилактика тяжелых форм болезней, оказание медико-санитарной помощи на дому;

Скорая медпомощь.

По территориальной программе, которая действует только для лиц, проживающих в данном федеральном округе, включает более широкий перечень медицинских услуг. В отдельных регионах (например, во Владивостоке), в их число входят и с болезни, имеющие социальную значимость – туберкулез, гепатит, ВИЧ и др. Проведение лечебно-профилактических мероприятий по указанным болезням должно соответствовать установленным подзаконным нормативным актам.

Согласно опросам, которые регулярно проводит Министерство здравоохранения РФ в целях мониторинга общественного мнения по вопросам охраны здоровья, наблюдается позитивная динамика удовлетворенности населения медицинской помощью и здравоохранением в целом.

С 2012 года существенно выросло доверие к государственным медицинским учреждениям, высоко оценена доступность амбулаторно-поликлинических медицинских организаций. Длительность ожидания медпомощи в большинстве случаев соответствует регламентированным срокам.

Таким образом, граждане имеют право на получение достоверной и своевременной информации о факторах, связанных с состоянием здоровья, факторах, способствующих сохранению здоровья. Такая информация должна предоставляться органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями, а также иными организациями и учреждениями в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

Основной правовой нормой охраны здоровья в РФ является Конституция РФ, в 41 статье которой указывается, что на медицинскую помощь и охрану здоровья имеет право каждый проживающий в России, независимо от расы, вероисповедания и национальности. Бесплатная медпомощь оказывается в муниципальных ЛПУ и госучреждениях. Финансирование осуществляется за счет средств страховых компаний, государственного либо муниципального бюджета, а также за счет поступлений иного рода, не запрещенного в России.

В отношении гражданских прав в сфере здравоохранения отсутствуют должные механизмы реализации. По большей части это связано с финансовыми, а не с законодательными проблемами. Примером может служить низкая доступность медицинской помощи в отдаленных регионах страны, нехватка технического и кадрового оснащения больниц и поликлиник, недостаточное обеспечение пациентов-льготников лекарственными средствами.

3 Проблемы реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ

3.1 Проблемы нормативно-правового регулирования обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ

Каждому человеку предоставляется право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Это право закреплено международными и национальными нормативно-правовыми актами: Всеобщей декларацией прав человека (ст.25); Международным пактом об экономических, социальных и культурных правах (ст.12); Протоколом №1 от 20 марта 1952г. к Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод (ст.2), а также Конституцией РФ(ч.1 ст. 41).²⁸

Конституция также закрепляет: «медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Основанием для получения любой бесплатной помощи в России является заключение договора об оказании и оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

По итогу заключения этого договора каждому выдается полис обязательного медицинского страхования (полис ОМС), т.е. документ, который дает возможность получить бесплатную медицинскую помощь в больницах и поликлиниках на территории РФ.

Застрахованные лица- это граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных

²⁸ Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 года (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. - 2014. - N 31. - ст. 4398.

специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность.

Но на практике существует проблема, когда отсутствие полиса ОМС является основанием для отказа в оказании той или иной медицинской помощи.

Тем более это противоречит ранее упомянутой 41 статье Конституции РФ, которая гарантирует каждому право на медицинскую помощь. Конституция РФ гарантирует предоставление этого права не застрахованным лицам, а гражданам России, из чего следует, что достаточно быть просто гражданином России, чтобы получить бесплатную медицинскую помощь.

ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закреплено право на оказание медицинской помощи, которое предполагает под собой доступность для каждого гражданина качественной медицинской помощи в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.²⁹

Важным вопросом является определение понятия качества предоставляемой помощи.

Статья 2 Закона об основах охраны здоровья определяет качество медицинской помощи как характеристики, отражающие:

своевременность оказания этой помощи;

правильность выбора методов диагностики, профилактики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;

достижение результатов

Определение понятия своевременности не дается ни в одном правовом акте, но если несвоевременность оказания помощи повлекла причинение вреда

²⁹ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. - N 263. - 2011.

здоровью пациенту, то ему предоставляется право подать жалобу в обслуживающую его страховую организацию.

Сложным для понимания является также достижение результатов. При этом важно знать, что медицинские учреждения финансируются страховыми организациями в зависимости от количества больных, а не от результатов лечения.

Данный подход представляется неправильным, т.к. это приводит к заинтересованности медицинских организаций и медицинских работников в большем количестве больных, чем в положительных результатах лечения. Исходя из этого, возникает вопрос: считается ли безрезультативная, но своевременно оказанная медицинская помощь, некачественной?

Согласно Закону о медицинском страховании(ст.40) контроль может осуществляться в виде экспертизы качества медицинской помощи территориальными ФОМС и страховыми МО.³⁰

При этом, результативно было бы дополнить Закон о медицинском страховании нормами, которые бы предусматривали застрахованным лицам право на подачу заявления в страховую медицинскую организацию на изучение результатов проведенного контроля и обжалование в суд или в ФОМС результатов проведенной экспертизы.

Объектом критики также стало на сегодняшний день то, что действующая система ОМС не позволяет обеспечить всем застрахованным лицам медицинскую помощь в надлежащем объеме. В связи с этим важно определить какой объем помощи гарантированно должен предоставляться любому обратившемуся за ней застрахованному лицу.

Федеральной программой (за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации) безвозмездно оказывается:

³⁰ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета. – 2010. - № 274.

1. первичная медико-санитарная помощь (доврачебная, врачебная, специализированная)

Такая помощь включает в себя диагностику и последующее лечение заболеваний, реабилитацию, наблюдение беременности в условиях дневного стационара или амбулаторно.

Доврачебная оказывается медицинскими работниками со средним образованием(фельдшеры, акушерки)

Врачебная оказывается врачами-терапевтами, врачами-педиатрами и врачами общей практики

Специализированная включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

2. высокотехнологичная сопровождается применением сложных и (или) новых методов лечения, а также методов с использованием клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, основанных на достижениях науки и техники.

3. скорая и скорая специализированная это экстренная неотложная помощь. Если необходимо, осуществляется эвакуация медицинскими бригадами, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья.

1. паллиативная - медицинские вмешательства, избавляющие от боли и облегчающие другие тяжелые проявления заболевания, в целях облегчения трудностей неизлечимо больных.

Немаловажно какие гарантии предоставляет государство лицам, которые имеют право на бесплатные, так называемые льготные, лекарства.

Постановление Правительства РФ от 30.07.1994 N 890 "О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения

лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения" закрепляет перечень лекарств и препаратов и конкретные категории граждан, которые могут их получить бесплатно, либо с 50-процентной скидкой.

Группы населения, которые имеют право получить все лекарственные средства, а также зубные протезы бесплатно:

- Участники гражданской и Великой Отечественной войн;
- Родители и жены погибших военнослужащих;
- Герои Советского Союза, Герои Российской Федерации, полные кавалеры ордена Славы;
- Дети первых трех лет жизни, а также дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет;
- Инвалиды I группы, неработающие инвалиды II группы, дети - инвалиды в возрасте до 18 лет;
- Инвалиды I группы, неработающие инвалиды II группы, дети - инвалиды в возрасте до 18 лет;
- Граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы;
- Малочисленные народы Севера, проживающие в сельской местности районов Крайнего Севера и приравненных к ним территориях;

Перечень жизненно-необходимых и важнейших лекарственных препаратов устанавливается Распоряжением Правительства на каждый будущий год. Распоряжение Правительства от 23 октября 2017 № 2323-р «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2018 год» увеличило количество препаратов до 60, для отдельных категорий граждан-на 25, а перечень дорогостоящих препаратов-на 3.

Любой льготный препарат можно получить только по рецепту. Рецепт выдается лечащим врачом, подписывается заведующим отделением. Срок действия рецепта - один месяц. Если препарат отсутствует, то может быть

предложен аналогичный препарат. При этом срок действия рецепта может быть продлен не более, чем на 10 дней. Безусловно, главной целью развития здравоохранения в целом является повышение качества и доступности оказания медицинской помощи населению.³¹

А доступность может быть достигнута только при взаимодействии всех органов власти, на которых возложена такая обязанность.

Нормативным основанием предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи и лекарственных средств являются программы обязательного медицинского страхования на федеральном и региональном уровнях.

Именно поэтому система обязательного медицинского страхования должна предусматривать механизмы постоянного роста качества, доступности медицинской помощи и укрепления здоровья населения в целом.

3.2 Проблемы реализации государственной политики в сфере обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ

Общие проблемы в области охраны здоровья в современных условиях, обусловленные ухудшением демографической ситуации, отрицательной динамикой показателей состояния здоровья населения на фоне ограниченного бюджетного финансирования отрасли, несовершенством законодательной базы, которая на сегодня не обеспечивает эффективной деятельности системы здравоохранения и требует кардинальных изменений, актуальных и для охраны здоровья матери и ребенка.

Механизм реализации государственной политики РФ в сфере охраны здоровья населения включает следующее:

– государственное регулирование в сфере охраны здоровья, в том числе нормативного правового регулирования;

³¹ Бутусова, Н. В. Государственно-правовые отношения между государством и личностью : монография / Н. В. Бутусова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 165 с.

- разработка и осуществление мероприятий по профилактике возникновения и распространения заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и по формированию здорового образа жизни населения;
- организация оказания первой помощи, всех видов медицинской помощи, в том числе гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, редкими заболеваниями;
- обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- обеспечения определенных категорий граждан Российской Федерации лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- управления деятельностью в сфере охраны здоровья на основе государственного регулирования, а также саморегулирования, осуществляемого в соответствии с федеральным законом.

Отечественному здравоохранению принадлежит идея воплощения в жизнь организации медико-санитарной (лечебно-профилактической) помощи женщинам и детям. Это было обусловлено особым историческим этапом в развитии и становлении нашей страны.

Несмотря на завершение к середине двадцатых годов прошлого столетия восстановления экономики, накопления материальных ресурсов для проведения реконструкции народного хозяйства после военных и политических потрясений, показатели здоровья населения России, особенно женщин и детей имели крайне неблагоприятное значение.

Низкий показатель средней продолжительности предстоящей жизни, высокая заболеваемость женщин и высокий уровень материнской смертности

свидетельствовали о необходимости организации специализированной медицинской помощи женскому населению.

На высоких цифрах сохранялась младенческая смертность, распространенность инфекционных заболеваний, лидировавших в структуре заболеваемости детей и представленных в основном такими заболеваниями, как корь и дифтерия, полиомиелит и оспа, дизентерия и другие кишечные инфекции, малярия, сифилис, их уровень практически не снижался, почти каждый 20 случай инфекционного заболевания у детей заканчивался летальным исходом.

Неблагоприятное здоровье подрастающего поколения делало необходимым изыскание путей и методов, способствующих улучшению состояния здоровья детей и включающих профессиональную подготовку специальных медицинских кадров врачебного и сестринского персонала, создание сети лечебно-профилактических и оздоровительных учреждений педиатрического профиля.

Это было актуальным и своевременным, поскольку существовавшая в то время организация медицинской помощи женщинам и детям находилась на крайне низком уровне. При значительной площади врачебного участка, составлявшей от 400 до 1000 кв. верст и размере врачебного участка от 10 до 30 тысяч населения, крайней малочисленности медицинских кадров, отсутствия специально подготовленных врачей-педиатров и акушеров-гинекологов большинство женщин и детей нередко оставалось без медицинской помощи, в том числе без специализированной помощи.

Организация в РФ системы охраны здоровья матери и ребенка, открытие специальных факультетов по додипломной и последипломной подготовке врачебных кадров для оказания лечебно-профилактической помощи детям и их матерям, вызванные суровой реальностью, в значительной мере способствовала улучшению показателей здоровья женского и детского населения.

Чрезвычайно важная организационная работа по охране репродуктивного здоровья населения, профилактике аборт, особенно с подростками, осуществляется в субъектах Российской Федерации при взаимодействии медицинских организаций с учреждениями социальной защиты, образования, молодежными и общественными организациями, представителями различных конфессий. Например, в 2007 году было положено начало реализации одного из основных проектов Всероссийской программы «Святость материнства» - «Ты не одна».

Для осуществления данного проекта в Республики Татарстан были организованы центры кризисной беременности, основными задачами которых являются: сохранение и укрепление здоровья беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации; превентивные меры по предупреждению абортов и отказов от новорожденных в роддомах; формирование у женщин сознания о необходимости вынашивания беременности и дальнейшего воспитания ребенка.

Около 46 млн. абортов ежегодно выполняется в мире, из них 20 млн. - нелегальные. 60% абортов производятся у женщин, имеющих одного или более детей. 47% абортов производятся у женщин, которые уже имеют в анамнезе один или более абортов. Сокращение числа абортов имеет серьезный потенциал для повышения рождаемости.

Безусловно, такая непростая задача должна решаться комплексом мер, включающим меры материального стимулирования, информационного характера, а также адресную работу в лечебных учреждениях с беременными женщинами, находящимися в ситуации принятия решения о сохранении или прерывании беременности. Решение проблемы аборта, отказ от него и установка на рождение детей может существенно повлиять на повышение рождаемости, что позволит изменить существующие негативные демографические тенденции.

Современный этап развития системы отечественного здравоохранения требует осознания государством и обществом социальной ценности здоровья детского населения и экономической результативности разработки мероприятий по его оптимизации. В этом отношении особый акцент следует сделать на совершенствовании организации медицинской помощи, особенно в амбулаторно-поликлинических условиях, поскольку детские поликлиники в подавляющем большинстве случаев являются зоной первого контакта ребенка и его родственников с медицинским персоналом.

В деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений стали активно внедряться различные медико-организационные инновации, в том числе организация медицинской помощи, построенная на принципах «семейной медицины». В то же время, до сих пор остается не ясным различия между участковым педиатром и семейным врачом, не проведена дифференциация их функциональных обязанностей и объектов наблюдения.³²

Низкий уровень доступности качественной первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи негативно влияет на раннее выявление заболеваний у детей, обуславливает высокие показатели смертности и увеличивает расходы на здравоохранение.

Наиболее остро эта проблема стоит перед гражданами, проживающих в сельской местности, о чем свидетельствуют низкие показатели их заболеваемости и высокие показатели смертности по сравнению с гражданами, проживающих в городах.

С целью решения этой проблемы нужны меры, направленные на преодоление дефицита кадров в сельских учреждениях здравоохранения путем обеспечения их жильем, предоставления льготных кредитов. Необходимо осуществить реструктуризацию детского коечного фонда, обеспечить его

³² Лисицы Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования. – 3-е изд., перераб. и доп. / Ю.П. Лисицын. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 544 с.

рациональное использование, переоснастить детские учреждения здравоохранения, развивать дневные стационары.

Так, в Самарской области действует государственная программа «Развитие здравоохранения в Самарской области» на 2014 - 2020 годы». Основной целевой установкой данной Государственной программы является создание необходимых условий для сохранения здоровья населения региона. Достижение указанной цели требует обеспечения доступности профилактики, диагностики и лечения заболеваний с использованием современных медицинских изделий, а также качественной и эффективной лекарственной терапии.

Следует отметить, что сама проблема деятельности тех или иных организаций, а именно их успехи в реализации собственных целей и задач, зачастую существенно сказываются на фактической роли и месте данных организаций в механизме международно-правового сотрудничества в области охраны здоровья (т.е. в международном механизме реализации данного конституционного права). Несомненные положительные достижения поднимают их авторитет и статус в международном сотрудничестве, а следовательно, и реальное значение данных организаций.³³

Обособленную группу в правообеспечительном компоненте изучаемого нами механизма составляют нормы, регулирующие процедурные вопросы, т.е. вопросы, связанные с регламентом рабочих групп, выборами руководителей организаций, порядком предоставления отчетов о выполнении взятых на себя обязательств и др. Их самостоятельное значение обусловлено процессуальным характером данных норм.

Удельный вес процессуальных норм в правообеспечительном механизме международного сотрудничества в области охраны здоровья достаточно велик, однако большинство норм имеют все же материально-правовое содержание,

³³ Бутусова, Н. В. Государственно-правовые отношения между государством и личностью : монография / Н. В. Бутусова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 165 с.

которое выражается в принятых на себя государствами обязательствах, закрепленных стандартах медицинской помощи, санитарных требованиях и т.п.

Еще раз подчеркнем: все эти нормы в конечном итоге направлены на реализацию права человека на охрану здоровья, которое, в свою очередь, является естественной предпосылкой его жизни, а потому и право на охрану здоровья является естественным правом каждого человека независимо от того, в какой форме оно закреплено в конституционных актах и закреплено ли в них вообще.

Примером может являться Международный комитет Красного Креста (МККК), который юридически не является международной или межправительственной организацией. Согласно своему Уставу МККК является ассоциацией, деятельность которой определяется гражданским законодательством Швейцарии. Однако его активная деятельность по защите жизни и здоровья людей в ситуации вооруженных конфликтов, послужила основанием для признания МККК в важнейших международных договорах, таких как Женевские конвенции, что определило его международный статус и мандат, обеспечило привилегии и иммунитеты, сравнимые с таковыми для специализированных учреждений ООН. Они включают в себя освобождение от налогов и таможенных сборов, неприкосновенность помещений и документов, иммунитет от судебного вмешательства.

Таким образом, объективная потребность в охране здоровья также объективно вызывает к жизни и необходимость ее юридического оформления в виде закрепления охраны здоровья как права. Реализация данного права требует и от гражданина, и от государства определенных действий, причем (уж коли речь идет о праве) юридически обеспеченных действий, т.е. совершаемых в рамках определенных гарантий, которые, будучи выстроенными в определенную систему, представляют собой юридический механизм,

создающий фактическую возможность осуществления права на охрану здоровья.³⁴

Подобным же образом, т.е. с помощью обеспеченных юридическими гарантиями средств, происходит реализация любого иного права. Однако набор этих средств в механизме реализации того или иного права может быть различным. Их специфика определяет и специфику всего механизма.

Анализ структурных составляющих, а также практики функционирования механизма международно-правового сотрудничества в области обеспечения права на охрану здоровья позволяет нам выделить его специфические особенности:

1. Всеохватывающий характер. Данный вывод логично следует исходя из основных направлений международного сотрудничества в исследуемой области. Назовем некоторые из них:

- гуманитарная помощь (как одно из направлений обеспечения физической доступности лекарственных средств, а также доступности медицинской помощи);

- обеспечение пользования результатами научного прогресса и их практического применения (данное направление деятельности тесно связано с указанным выше. Базируясь на ст. 15 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, провозглашающей пользование результатами научного прогресса в качестве права, оно предполагает обязательства государств осуществлять меры, необходимые для сохранения, разработки и распространения научных достижений в области здоровья);

³⁴ Чеканова А.И. Проблемы правового регулирования предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования в РФ. // Молодежный научный форум: электр. сб. ст. по мат. II междунар. студ. науч.-практ. конф. № 1(2). URL: [https://nauchforum.ru/archive/MNF_interdisciplinarity/1\(2\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/MNF_interdisciplinarity/1(2).pdf) (дата обращения: 19.06.2018)

- установление стандартов здравоохранения (в частности, определение минимума медицинской помощи, перечней необходимых лекарственных средств¹³ и т.п.);
- борьба с инфекционными заболеваниями, а также СПИДом (данная деятельность осуществляется в рамках специализированных программ по ликвидации конкретных заболеваний¹⁴. На общемировом уровне сотрудничество государств в этом направлении осуществляется в рамках Программы ООН по СПИДу, ВОЗ, Всемирного фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и других организаций);
- развитие первичной медицинской помощи (данное направление стало активно развиваться после состоявшейся в 1978 г. в Алма-Ате Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, на которой была принята Алма-Атинская декларация, в которой впервые была изложена концепция организации национальной системы первичной медико-санитарной помощи);
- обеспечение безопасности условий труда (в первую очередь путем запрещения использования в промышленном производстве опасных для здоровья веществ, а также разработки правил промышленной гигиены);
- контроль над наркотиками (координирующие функции в данной области выполняет постоянно действующая Программа ООН по межгосударственному контролю над наркотиками в составе Управления по контролю над наркотиками и предупреждению преступности);
- предотвращение загрязнения окружающей природной среды (осуществляется на основе таких международных актов, как Соглашение о сотрудничестве в области охраны окружающей среды государств — участников Содружества Независимых Государств (Минск, 2013 г.), Конвенция о запрещении военного или любого иного враждебного использования средств воздействия на природную среду (Женева, 1977 г.); Конвенция о трансграничном загрязнении воздуха на большие расстояния (Женева, 1979 г.);

Венская конвенция об охране озонового слоя (Вена, 1985 г.) и т.д., и деятельности таких организаций, как Межгосударственный экологический совет государств — участников СНГ, Международный союз охраны природы и природных ресурсов (Всемирный союз охраны природы и др.);

- ограничение алкогольной зависимости и табакокурения (принятие Всемирной ассамблеей здравоохранения Рамочной конвенции по контролю над табаком¹⁵ наложило на государства обязательства по охране населения от болезней, обусловленных табакокурением.

Данные обязательства касаются налогообложения, профилактики и лечения табакокурения, ограничения нелегальной торговли и рекламы табачной продукции. Во многом под влиянием взятых на себя по Конвенции обязательств государства, в том числе и Россия, приняли национальные законы в этой области.

Ограничение алкогольной зависимости с использованием механизма международно-правового сотрудничества осуществляется в основном путем заключения международных договоров, регулирующих оборот алкогольной продукции, таких как Соглашение о таможенном и налоговом контроле за производством и оборотом этилового спирта, алкогольной, спиртосодержащей и табачной продукции на территориях государств — членов ЕврАзЭС (заключено в г. Алма-Ате 30 марта 2002 г.), а также путем реализации международных программ, таких как глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя, принятая Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2010 г.);

- реакция на возникающие проблемы в сфере обеспечения глобальной безопасности человечества (примером может являться пересмотр в 2005 г. Международных медико-санитарных правил, осуществленный Всемирной ассамблеей здравоохранения ввиду угрозы биотерроризма). Указанные нами направления международно-правового сотрудничества в области обеспечения конституционного права на охрану здоровья не являются

исчерпывающими. Межгосударственное (межнациональное) взаимодействие в этой сфере затрагивает чрезвычайно широкий спектр отношений, которые по мере своего усложнения заставляют использовать рассматриваемый нами механизм во все большем объеме.

2. Обособленность юридического инструментария. Несмотря на определенную «встроенность» в общий механизм Международно-правового обеспечения прав и свобод человека, рассматриваемый нами институт занимает в нем обособленное место, что обусловлено различиями в конкретных способах обеспечения реализуемого права.

В свою очередь, это объясняется отсутствием универсальных правовых актов международного уровня, регулирующих непосредственно право на охрану здоровья, различной степенью определенности устанавливающих его норм, различной трактовкой самого содержания основополагающего права человека в области здоровья и терминов, посредством которых оно установлено.

Кроме того, механизм реализации права на охрану здоровья, в частности механизм его защиты, весьма специфичен в отношении отдельных социальных категорий (в первую очередь социально-уязвимых), разделенных по возрастным, половым, материальным критериям, принадлежности к гражданству и т.п. В этой связи следует согласиться с мнением Бартенева Д. Г., который, исходя из практики применения международного права, справедливо отмечает, что «недостаточно обеспечить защиту отдельных категорий лиц посредством общих инструментов по правам человека, необходимы специальные гарантии права на охрану здоровья, эксплицитно гарантирующие данное право».

Таким образом, мы не можем говорить об абсолютной автономности исследуемого нами института, однако его обособленность в общем механизме обеспечения прав и свобод, на наш взгляд, очевидна.

3. Гибкость правового режима. Данная особенность исследуемого нами механизма обеспечения права на охрану здоровья заключается в вариативности форм и способов сотрудничества. Взаимодействие государств и иных субъектов международно-правового сотрудничества в области обеспечения указанного права, реализуемое в форме конвенционных соглашений, деклараций, соглашений о сотрудничестве и др., предполагает использование арсенала конкретных способов (средств), среди которых, помимо принятия и обеспечения взятых на себя обязательств, — консультации, рекомендации, оказание гуманитарной помощи и др.

Соответственно правообеспечительный компонент исследуемого нами механизма включает в себя как императивные нормы (обязательность представления отчета и т.п.), так и рекомендательные (предложения по совершенствованию национальных систем здравоохранения, модельные перечни необходимых лекарственных препаратов и т.п.).

В рамках механизма международно-правового сотрудничества в области охраны здоровья его участники свободны в выборе формы данного участия. Уставные нормы большинства организаций, обеспечивающих реализацию права на охрану здоровья на международном уровне, предоставляют возможность как ассоциативного, так и постоянного членства в них при отсутствии существенных ограничений на вступление в данные организации и при полной свободе выхода из них.

Также следует отметить, что в практике международного сотрудничества по обеспечению права на охрану здоровья распространено делегирование правительствами государств своих полномочий другим органам - специализированным, что делает взаимодействие в данной области более предметным, а следовательно, и более эффективным.

Помимо прочего, существующий правовой режим международного сотрудничества в области охраны здоровья позволяет подключать к нему

широкий круг организаций, которые в юридическом смысле не являются государственными или международными.

Таковыми являются подавляющее большинство гуманитарных организаций, реальный вклад которых в обеспечение права на охрану здоровья во всем мире весьма существен. Можно сказать, что для рассматриваемой нами сферы международного сотрудничества в сравнении с другими характерна наибольшая гибкость правового механизма, а следовательно, и наибольшая вариативность форм, способов и методов осуществления совместной деятельности субъектов.

4. Универсальность. Речь идет о возможности применения исследуемого нами механизма не только на международной арене, но и в национальной практике.

Нормы, выработанные в результате целенаправленной совместной деятельности государств и иных субъектов международного общения, выступают в качестве стандартов здравоохранительной деятельности, имплементируются в национальное законодательство, тем самым способствуя реализации права на охрану здоровья внутри отдельных стран. Внутригосударственная реализация вышеуказанного права начинается с его конституционного закрепления.

Придание ему таким образом статуса основного неотъемлемого права человека, кроме внутригосударственных гарантий, дает возможность использования всей совокупности международных средств обеспечения права на охрану здоровья, в том числе международно-правовых средств его защиты. Цели реализации права на охрану здоровья служит и предоставление информационной, технологической и гуманитарной помощи, которая осуществляется в рамках международно-правового сотрудничества. Не стоит забывать, что для многих развивающихся стран в силу их тяжелого экономического положения механизм международно-правового сотрудничества

является, пожалуй, единственно возможным механизмом обеспечения права на охрану здоровья своих народов.

Заключение

Право на охрану здоровья является неотчуждаемым правом каждого человека, поскольку само здоровье - необходимое условие его биологического существования и, кроме того, во многом определяет возможность социализации индивида.

Осознавая данный факт, большинство современных государств закрепили право на охрану здоровья (в том или ином понимании) в основных законах своих стран. При этом подобное юридическое оформление далеко не всегда означает возможность действительной реализации права на охрану здоровья, чему в немалой степени способствуют политические, экономические и культурные условия той или иной страны.

Слаборазвитая экономика, политическая нестабильность, низкий уровень грамотности населения в целом ряде регионов Земного шара не позволяют в должной мере обеспечивать право на охрану здоровья широкому кругу стран. Однако это не лишает их возможности реализовать данное право для населения своих стран, используя универсальный механизм международно-правового сотрудничества.

Необходимость охраны здоровья в настоящее время осознается, пожалуй, всеми. Более того, в большинстве цивилизованных обществ здоровье признается социальным благом, необходимой качественной составляющей человеческого бытия, которая, во-первых, является основным фактором биологического выживания человека, а во-вторых, во многом определяет возможность социализации индивида, т.е. позволяет человеку быть человеком. Здоровье всех людей является основой для достижения мира и безопасности и зависит от как можно более тесного сотрудничества отдельных людей и государства в целом.

Не случайно, поэтому право на охрану здоровья (либо «право на здоровье») закрепляется в большинстве современных конституций, что само по

себе придает данному праву особый социально-правовой статус с учетом значимости основного закона в иерархии нормативных актов любой страны.

Придание праву на охрану здоровья статуса конституционного, с одной стороны, означает признание за данным правом первостепенной роли в системе прав и свобод человека и гражданина, отнесение его к системе тех общественных ценностей, которые составляют основу функционирования любого социума, а с другой - объективно налагают на государство неотъемлемые обязанности (обязательства) по его обеспечению, ибо провозглашение права на охрану здоровья в качестве основного права человека превращает реализацию данного права в перманентную задачу любого правительства.

Соответственно этому в нормах национального законодательства, основополагающих международно-правовых актах здоровью как общественному благу, обеспечиваемому и охраняемому государством, уделяется значительное внимание.

Таким образом, конституционное закрепление права на охрану здоровья априори должно означать готовность, а главное — способность того или иного государства обеспечить хотя бы минимальный уровень медико-санитарных, социально-бытовых, информационно-коммуникативных и других условий, позволяющих говорить о реальной возможности для граждан этих стран сохранить, а в необходимых случаях — восстановить и укрепить свое здоровье.

Обеспечение обозначенных условий напрямую зависит от целого ряда факторов, среди которых основными будут являться политический, экономический и культурный.

Значение этих факторов трудно переоценить, ибо каждый из них способен превратить взятые на себя государством обязательства по охране здоровья в ничем не обеспеченную декларацию. К примеру, наличие в стране гражданской войны (политический фактор) изначально предполагает отсутствие каких-либо гарантий в области охраны здоровья, ибо в условиях

подобного противостояния невозможно гарантировать даже естественного права человека на жизнь.

Точно так же невозможно гарантировать здоровье в условиях отсутствия должного уровня экономического развития, когда, к примеру, та или иная страна не может обеспечить для большинства своего населения даже минимально необходимой нормы питания (экономический фактор).

Грамотность, просвещенность населения в вопросах охраны здоровья также является мощным фактором сохранения и укрепления как индивидуального, так и общественного здоровья (культурный фактор). Низкий уровень культуры и безграмотность граждан, вне всякого сомнения, способствуют развитию антисанитарии, распространению болезней и вредных привычек.

И наоборот - высокий уровень общественной культуры и образованности населения, наличие разветвленной сети просветительских учреждений в ряде случаев способны минимизировать, а иногда и свести на нет не только последствия, к примеру, вредной инфекции, но и даже отрицательное влияние плохой экологии, которая, как известно, сама по себе является одним из определяющих факторов здоровья.

Если же смотреть в корень, то именно культура человека нередко определяет состояние окружающей его природной среды. Ведь не секрет, что неблагоприятный экологический фон, как правило, является последствием непродуманной деятельности самого человека.

Следует отметить, что сама проблема деятельности тех или иных организаций, а именно их успехи в реализации собственных целей и задач, зачастую существенно сказываются на фактической роли и месте данных организаций в механизме международно-правового сотрудничества в области охраны здоровья (т.е. в международном механизме реализации данного конституционного права).

Несомненные положительные достижения поднимают их авторитет и статус в международном сотрудничестве, а следовательно, и реальное значение данных организаций.

Обособленную группу в правообеспечительном компоненте изучаемого нами механизма составляют нормы, регулирующие процедурные вопросы, т.е. вопросы, связанные с регламентом рабочих групп, выборами руководителей организаций, порядком предоставления отчетов о выполнении взятых на себя обязательств и др. Их самостоятельное значение обусловлено процессуальным характером данных норм.

Удельный вес процессуальных норм в правообеспечительном механизме международного сотрудничества в области охраны здоровья достаточно велик, однако большинство норм имеют все же материально-правовое содержание, которое выражается в принятых на себя государствами обязательствах, закрепленных стандартах медицинской помощи, санитарных требованиях и т.п.

Еще раз подчеркнем: все эти нормы в конечном итоге направлены на реализацию права человека на охрану здоровья, которое, в свою очередь, является естественной предпосылкой его жизни, а потому и право на охрану здоровья является естественным правом каждого человека независимо от того, в какой форме оно закреплено в конституционных актах и закреплено ли в них вообще.

Примером может являться Международный комитет Красного Креста (МККК), который юридически не является международной или межправительственной организацией. Согласно своему Уставу МККК является ассоциацией, деятельность которой определяется гражданским законодательством Швейцарии.

Однако его активная деятельность по защите жизни и здоровья людей в ситуации вооруженных конфликтов, послужила основанием для признания МККК в важнейших международных договорах, таких как Женевские конвенции, что определило его международный статус и мандат, обеспечило

привилегии и иммунитеты, сравнимые с таковыми для специализированных учреждений ООН. Они включают в себя освобождение от налогов и таможенных сборов, неприкосновенность помещений и документов, иммунитет от судебного вмешательства.

Таким образом, объективная потребность в охране здоровья также объективно вызывает к жизни и необходимость ее юридического оформления в виде закрепления охраны здоровья как права.

Реализация данного права требует и от гражданина, и от государства определенных действий, причем (уж коли речь идет о праве) юридически обеспеченных действий, т.е. совершаемых в рамках определенных гарантий, которые, будучи выстроенными в определенную систему, представляют собой юридический механизм, создающий фактическую возможность осуществления права на охрану здоровья.

Подобным же образом, т.е. с помощью обеспеченных юридическими гарантиями средств, происходит реализация любого иного права. Однако набор этих средств в механизме реализации того или иного права может быть различным. Их специфика определяет и специфику всего механизма.

Анализ структурных составляющих, а также практики функционирования механизма международно-правового сотрудничества в области обеспечения права на охрану здоровья позволяет нам выделить его специфические особенности:

1. Всеохватывающий характер. Данный вывод логично следует исходя из основных направлений международного сотрудничества в исследуемой области. Назовем некоторые из них:

- гуманитарная помощь (как одно из направлений обеспечения физической доступности лекарственных средств, а также доступности медицинской помощи);

- обеспечение пользования результатами научного прогресса и их практического применения (данное направление деятельности тесно связано с

указанным выше. Базируясь на ст. 15 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, провозглашающей пользование результатами научного прогресса в качестве права, оно предполагает обязательства государств осуществлять меры, необходимые для сохранения, разработки и распространения научных достижений в области здоровья);

- установление стандартов здравоохранения (в частности, определение минимума медицинской помощи, перечней необходимых лекарственных средств¹³ и т.п.);

- борьба с инфекционными заболеваниями, а также СПИДом (данная деятельность осуществляется в рамках специализированных программ по ликвидации конкретных заболеваний¹⁴. На общемировом уровне сотрудничество государств в этом направлении осуществляется в рамках Программы ООН по СПИДу, ВОЗ, Всемирного фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и других организаций);

- развитие первичной медицинской помощи (данное направление стало активно развиваться после состоявшейся в 1978 г. в Алма-Ате Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, на которой была принята Алма-Атинская декларация, в которой впервые была изложена концепция организации национальной системы первичной медико-санитарной помощи);

- обеспечение безопасности условий труда (в первую очередь путем запрещения использования в промышленном производстве опасных для здоровья веществ, а также разработки правил промышленной гигиены);

- контроль над наркотиками (координирующие функции в данной области выполняет постоянно действующая Программа ООН по межгосударственному контролю над наркотиками в составе Управления по контролю над наркотиками и предупреждению преступности);

- предотвращение загрязнения окружающей природной среды (осуществляется на основе таких международных актов, как Соглашение о сотрудничестве в области охраны окружающей среды государств — участников Содружества Независимых Государств (Минск, 2013 г.), Конвенция о запрещении военного или любого иного враждебного использования средств воздействия на природную среду (Женева, 1977 г.); Конвенция о трансграничном загрязнении воздуха на большие расстояния (Женева, 1979 г.); Венская конвенция об охране озонового слоя (Вена, 1985 г.) и т.д., и деятельности таких организаций, как Межгосударственный экологический совет государств — участников СНГ, Международный союз охраны природы и природных ресурсов (Всемирный союз охраны природы и др.));

- ограничение алкогольной зависимости и табакокурения (принятие Всемирной ассамблеей здравоохранения Рамочной конвенции по контролю над табаком¹⁵ наложило на государства обязательства по охране населения от болезней, обусловленных табакокурением.

Данные обязательства касаются налогообложения, профилактики и лечения табакокурения, ограничения нелегальной торговли и рекламы табачной продукции. Во многом под влиянием взятых на себя по Конвенции обязательств государства, в том числе и Россия, приняли национальные законы в этой области.

Ограничение алкогольной зависимости с использованием механизма международно-правового сотрудничества осуществляется в основном путем заключения международных договоров, регулирующих оборот алкогольной продукции, таких как Соглашение о таможенном и налоговом контроле за производством и оборотом этилового спирта, алкогольной, спиртосодержащей и табачной продукции на территориях государств — членов ЕврАзЭС (заключено в г. Алма-Ате 30 марта 2002 г.), а также путем реализации международных программ, таких как глобальная стратегия сокращения

вредного употребления алкоголя, принятая Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2010 г.);

- реакция на возникающие проблемы в сфере обеспечения глобальной безопасности человечества (примером может являться пересмотр в 2005 г. Международных медико-санитарных правил, осуществленный Всемирной ассамблеей здравоохранения ввиду угрозы биотерроризма). Указанные нами направления международно-правового сотрудничества в области обеспечения конституционного права на охрану здоровья не являются исчерпывающими.

Межгосударственное (межнациональное) взаимодействие в этой сфере затрагивает чрезвычайно широкий спектр отношений, которые по мере своего усложнения заставляют использовать рассматриваемый нами механизм во все большем объеме.

2. Обособленность юридического инструментария. Несмотря на определенную «встроенность» в общий механизм Международно-правового обеспечения прав и свобод человека, рассматриваемый нами институт занимает в нем обособленное место, что обусловлено различиями в конкретных способах обеспечения реализуемого права.

В свою очередь, это объясняется отсутствием универсальных правовых актов международного уровня, регулирующих непосредственно право на охрану здоровья, различной степенью определенности устанавливающих его норм, различной трактовкой самого содержания основополагающего права человека в области здоровья и терминов, посредством которых оно установлено.

Кроме того, механизм реализации права на охрану здоровья, в частности механизм его защиты, весьма специфичен в отношении отдельных социальных категорий (в первую очередь социально-уязвимых), разделенных по возрастным, половым, материальным критериям, принадлежности к гражданству и т.п.

В этой связи следует согласиться с мнением Бартенева Д. Г., который, исходя из практики применения международного права, справедливо отмечает, что «недостаточно обеспечить защиту отдельных категорий лиц посредством общих инструментов по правам человека, необходимы специальные гарантии права на охрану здоровья, эксплицитно гарантирующие данное право».

Таким образом, мы не можем говорить об абсолютной автономности исследуемого нами института, однако его обособленность в общем механизме обеспечения прав и свобод, на наш взгляд, очевидна.

3. Гибкость правового режима. Данная особенность исследуемого нами механизма обеспечения права на охрану здоровья заключается в вариативности форм и способов сотрудничества.

Взаимодействие государств и иных субъектов международно-правового сотрудничества в области обеспечения указанного права, реализуемое в форме конвенционных соглашений, деклараций, соглашений о сотрудничестве и др., предполагает использование арсенала конкретных способов (средств), среди которых, помимо принятия и обеспечения взятых на себя обязательств, — консультации, рекомендации, оказание гуманитарной помощи и др. Соответственно правообеспечительный компонент исследуемого нами механизма включает в себя как императивные нормы (обязательность представления отчета и т.п.), так и рекомендательные (предложения по совершенствованию национальных систем здравоохранения, модельные перечни необходимых лекарственных препаратов и т.п.).

В рамках механизма международно-правового сотрудничества в области охраны здоровья его участники свободны в выборе формы данного участия. Уставные нормы большинства организаций, обеспечивающих реализацию права на охрану здоровья на международном уровне, предоставляют возможность как ассоциативного, так и постоянного членства в них при отсутствии существенных ограничений на вступление в данные организации и при полной свободе выхода из них.

Список используемой литературы

1. Конституция Российской Федерации от 12.12.1993 года (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. - 2014. - N 31. - ст. 4398.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. - N 263. – 2011.
3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета. – 2010. - № 274.
4. Федеральный закон от 29.06.2015 N 160-ФЗ «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» // Российская газета. - N 144. – 2015.
5. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 N 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» Собрание законодательства РФ. – 2014. - N 17. - ст. 2057.
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608 «Об утверждении Положения «О Министерстве здравоохранения Российской Федерации» (в ред. 27.12.2014) // Российская газета. – 2012. - № 26.
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. N 857 «Об утверждении Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования» (в ред. 27.09.2014) // Российская газета. – 1998. - № 173.
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 21 января 2011 г. №

15н «Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования» // СПС Консультант плюс

9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 июня 2012 г. № 15 «Об утверждении положения о Коллегии министерства здравоохранения Российской Федерации» // СПС Консультант плюс.

10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 июня 2013 г. N 420 «Об утверждении Программы мероприятий по охране здоровья матери и ребенка» [Электронный ресурс]// Режим доступа: <http://base.garant.ru/70413318/>

11. Постановление Правительства Самарской области от «Об утверждении государственной программы Самарской области «Развитие здравоохранения в Самарской области» на 2014 - 2020 годы» [Электронный ресурс]// Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/464008534>

12. Постановление Правительства Хабаровского края от 22 октября 2013 года N 350-пр «О государственной программе Хабаровского края «Развитие здравоохранения Хабаровского края» [Электронный ресурс]// Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/465306539>.

13. Айдарова И.А., Галина А.Э. Значимость формирования кадрового резерва в сфере здравоохранения [Текст] / И.А. Айдарова, А.Э. Галина // Экономика и менеджмент инновационных технологий. - 2015. - № 5 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://ekonomika.snauka.ru/2015/05/8786>

14. Абалкин Л.И. Гуманистические ориентиры России [Текст] / Л.И. Абалкин, А.В. Барышева, Т.В. Бурмистрова. - М.: Институт Экономики РАН, 2012. - 392 с.

15. Белик, В. Н. Конституционные права личности и их защита : учебное пособие для бакалавриата и магистратуры / В. Н. Белик. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 202 с.

16. Белик, В. Н. Конституционные права личности и их защита : учебное пособие для бакалавриата и магистратуры / В. Н. Белик. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 202 с.
17. Бутусова, Н. В. Государственно-правовые отношения между государством и личностью : монография / Н. В. Бутусова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 165 с.
18. Власов В. В. Стандарты медицинской помощи: состояние проблемы в России и возможности улучшения качества первичной медицинской помощи [Текст] / В.В. Власов // Здравоохранение. – 2013. – № 4. – С. 70–76.
19. Дьяченко В. Г. Управление качеством медицинской помощи [Текст]: учебник / В. Г. Дьяченко, Л. В. Солохина, С. В. Дьяченко. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2013. – 696 с.
20. Калашников К. Н. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения [Текст]: монография / К. Н. Калашников, А. А. Шабунова, М. Д. Дуганов. - Вологда:ИСЭРТ РАН, 2012. - с.153.
21. Кораблев В. Н. Модернизация организационно-экономической модели как основа повышения эффективности здравоохранения в современных условиях [Текст]: монография / В.Н. Кораблев. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2011. – 275 с.
22. Коротков, Ю. А. Организация управления здравоохранением в муниципальных образованиях [Текст]/ Ю. А. Коротков, В. П. Чуднов. – М.: Панорама, 2011. – 80 с.
23. Конституционное право. Практикум : учебное пособие для СПО / Н. Н. Аверьянова [и др.] ; под общ. ред. Г. Н. Комковой. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2018. — 207 с.
24. Лисицы Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования. – 3-е изд., перераб. и доп. / Ю.П. Лисицын. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 544 с.

25. Лексин В.Н. Государство и регионы: теория и практика государственного регулирования территориального развития [Текст] / В.Н. Лексин, А.Н. Швецов. – М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2013. – 368 с.

26. Основы теории национальной безопасности : учеб. Пособие для студентов, обучающихся по специальности 30901.65 «Правовое обеспечение национальной безопасности» / Саратовский социально-экономический институт (филиал) ФГБОУ ВПО «РЭУ им. Г. В. Плеханова». – Саратов, 2015 – 80 с.

27. Правовое обеспечение экономической безопасности: учебное пособие для студентов специальности 40.05.01. Правовое обеспечение национальной безопасности, Специализации «Уголовно-правовая» / Т. В. Колесникова / 2018. – 102 с.

28. Пирогов М. В. Клинико-экономический баланс регионального здравоохранения [Текст]: (моногр.) / М. В. Пирогов, И. В. Успенская, Е. В. Манухина. – М. : Мед- издат, 2013. – 96 с.

29. Плющенко В. Н. Здоровье населения: методические подходы к изучению, расчету, оценке и прогнозированию основных параметров [Текст]: конспект учеб. лекций / МЗ Хабаров. края, КГБОУ ДПО «Ин-т повышения квалификации специалистов здравоохранения». – 3-е изд., доп. – Хабаровск : Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2012. – 112 с.

30. Соловьева В. Ю. Развитие финансового обеспечения системы здравоохранения [Текст] / В. Ю. Соловьева // Молодой ученый. - 2011. - №5. Т.1. - С. 224-226.

31. Сотникова Е. В. Совершенствование управления системой здравоохранения [Текст] / Е. В. Сотникова // Молодой ученый. - 2011. - №9. - С. 102-104.

32. Таова С. М. Здравоохранение как региональная социально-экономическая система [Текст] / С. М. Таова // Молодой ученый. – 2013. – №8. – С. 249-253.

33. Хайруллина, И. С. Выбор типов учреждений здравоохранения: обоснование, возможности и угрозы [Текст]/ И. С. Хайруллина, В. И. Стародубов. – М. : Изд. дом «Менеджер здравоохранения», 2011. – 328 с.

34. Чеканова А.И. Проблемы правового регулирования предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования в РФ. // Молодежный научный форум: электр. сб. ст. по мат. II междунар. студ. науч.-практ. конф. № 1(2). URL: [https://nauchforum.ru/archive/MNF_interdisciplinarity/1\(2\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/MNF_interdisciplinarity/1(2).pdf) (дата обращения: 19.06.2018)

35. Щепин. О. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учеб. для системы послевуз. проф. образования врачей по специальности «Обществ. здоровье и здравоохранение»: рекомендовано ГОУ ВПО «Моск. мед. акад. им. И. М. Сеченова»/ М-во образования и науки РФ, ФГУ «Федер. ин-т развития образования». – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 592 с.