

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

Институт права

(наименование института полностью)

Кафедра «Конституционное и административное право»

(наименование)

40.05.01 Правовое обеспечение национальной безопасности

(код и наименование направлению подготовки / специальности)

Государственно-правовая

(направленность (профиль) / специализация)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (ДИПЛОМНАЯ РАБОТА)

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

Обучающийся

М.И. Мартынова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

канд. юрид. наук, доцент А.А. Мусаткина

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2023

Аннотация

Право на охрану здоровья – одно из наиболее важных прав человека в социальном государстве. Россия заботится о своем населении, обеспечивая бесплатную медицинскую помощь каждому, а также экстренную медицинскую помощь даже лицам, не являющимся гражданами страны, что подчёркивает гуманистический характер нашего государства.

Несмотря на прогрессивность системы здравоохранения в Российской Федерации, все еще наблюдаются определенные сложности в реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь, потому выбранная тема исследования выступает весьма актуальной.

Целью работы стало формирование положений, характеризующих современное состояние доступности реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Объектом исследования стали правоотношения, связанные с реализацией права на охрану здоровья и медицинскую помощь, тогда как предметом выступили правовые нормы, регламентирующие реализацию соответствующего права.

В рамках подготовки данной работы были использованы следующие методы познания: анализ и синтез, индукция, диалектический метод, историко-правовой метод, формально-юридический метод, социолого-правовой метод и иные.

По своей структуре работа состоит из аннотации, введения, трех глав, в первой и второй из которых по два параграфа, а в третьей – три параграфа, заключения и списка используемой литературы и используемых источников.

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1. Теоретико-правовые основы содержания конституционного права на охрану здоровья.....	6
1.1 Содержание права на охрану здоровья и медицинскую помощь	6
1.2 Современные гарантии обеспечения и механизмы защиты права на охрану здоровья и медицинскую помощь.	14
Глава 2. Правовое обеспечение конституционного права граждан на охрану здоровья.....	22
2.1 Система законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья и медицинской помощи.....	22
2.2 Международно-правовые стандарты в области обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь.	38
Глава 3 Проблемы реализации конституционного права на охрану здоровья	48
3.1 Реализация права на охрану здоровья и медицинскую помощь лицами, содержащимися в пенитенциарных учреждениях.....	48
3.2 Реализация права на охрану здоровья и медицинскую помощь инвалидами и детьми-инвалидами	51
3.3 Реализация права на охрану здоровья и медицинскую помощь лицами с онкологическими заболеваниями.....	53
Заключение	59
Список используемой литературы и используемых источников.....	63

Введение

Право на охрану здоровья – одно из наиболее важных прав человека в социальном государстве. Россия заботится о своем населении, обеспечивая бесплатную медицинскую помощь каждому, а также экстренную медицинскую помощь даже лицам, не являющимся гражданами страны, что подчёркивает гуманистический характер нашего государства.

Право на охрану здоровья закреплено в Основном законе и распространяется на все сферы жизни, что позволяет говорить о таких правах, включенных в него, как право на охрану труда, право на благоприятную экологическую среду и другие. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений

Медицинская помощь гражданам оказывается на основе системы обязательного медицинского страхования, бюджет которой формируется как из донаций федерального бюджета, так и из обязательных взносов, осуществляемых работодателем.

Несмотря на прогрессивность системы здравоохранения в Российской Федерации, все еще наблюдаются определенные сложности в реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь, потому выбранная тема исследования выступает весьма актуальной.

Объектом исследования стали правоотношения, связанные с реализацией права на охрану здоровья и медицинскую помощь, тогда как предметом выступили правовые нормы, регламентирующие реализацию соответствующего права.

Целью работы стало формирование положений, характеризующих современное состояние доступности реализации права на охрану здоровья и

медицинскую помощь. Для достижения указанной цели был поставлен ряд задач:

- изучить содержание права на охрану здоровья и медпомощь;
- проанализировать законодательство, регламентирующее охрану здоровья населения;
- изучить особенности прав в сфере здравоохранения отдельных категорий лиц.

В рамках подготовки данной работы были использованы следующие методы познания: анализ и синтез, индукция, диалектический метод, историко-правовой метод, формально-юридический метод, социолого-правовой метод и иные.

По своей структуре работа состоит из аннотации, введения, трех глав, в первой и второй из которых по два параграфа, а в третьей – три параграфа, заключения и списка используемой литературы и используемых источников.

Глава 1. Теоретико-правовые основы содержания конституционного права на охрану здоровья

1.1 Содержание права на охрану здоровья и медицинскую помощь

Здоровье человека выступает тем ресурсом, на основе которого строится вся его жизнедеятельность. Только имея, как минимум, удовлетворительный уровень здоровья, человек может полноценно учиться, работать, служить обществу и государству, в связи с чем, государство напрямую заинтересовано в обеспечении охраны здоровья своих граждан, что улучшает качество их жизни.

По результатам мониторинга данных Всемирной Организации Здравоохранения Bloomberg Global Health Index, на первом месте (из 169 стран, участвующих в мониторинге) по уровню здоровья населения оказалась Испания. Кроме того, в число стран — лидеров рейтинга вошли Исландия, Япония, Швейцария, десятку лидеров замкнул Израиль. Россия же занимает лишь 95 место, что говорит о недостаточности охраны здоровья в государстве [8].

Однако ни одна из стран-лидеров по уровню здоровья и здравоохранения не обладает такой большой территорией с разными, в том числе весьма тяжелыми, например, вечная мерзлота, условиями жизни, и таким объемом населения.

Разумеется, Российская Федерация имеет одной из стратегических инициатив инициативу по обеспечению доступности здравоохранения, чему способствует улучшение действующего законодательства в сфере здравоохранения и стимулирование медицинских кадров, в том числе на работу в отдаленных населенных пунктах страны.

Право на охрану и защиту здоровья является одним из базовых прав человека в Российской Федерации, закрепленных непосредственно в основном законе страны – Конституции РФ – в ст. 41: «Каждый имеет право на охрану

здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений» [20].

Вопрос содержания права на охрану здоровья активно разрабатывался еще в советский период развития российского права, именно тогда стало ясно, что данное право необходимо рассматривать как совокупность определенных правомочий. Перечень таких правомочий законодательно закреплён не был, однако ученые непрестанно выдвигали свои версии содержания права на охрану здоровья.

Так, Ф.М. Рудинский выделял следующие права в рамках конструкции «право на охрану здоровья»: неприкосновенность; квалифицированная, качественная и доступна медпомощь; поддержание долголетия граждан; максимально доступный уровень здоровья как физического, так и психического [34]. Нельзя не отметить логичность указанной совокупности прав, однако полной она не является, назвать ее можно лишь базовой.

Впоследствии ученые были склонны добавлять к вышеуказанному перечню иные правомочия. Например, Н.Н. Комарова предлагала добавить права на следующие блага: бесплатная медпомощь, безопасность труда, особая защита детей и женщин в период беременности; предупреждение заболеваемости и смертности; благоприятная окружающая среда [17].

На современном этапе развития медицинского права ученые, с одной стороны, пытаются дать наиболее полный перечень правомочий, входящих в право на охрану здоровья и медицинскую помощь, а с другой, наоборот, сгенерировать наиболее обобщенное определение, отражающее сущность рассматриваемого права без перечисления его составных частей в виду нецелесообразности этого подхода.

К первой группе, например, Е.В. Безручко, который обоснованно включает в перечень прав, исходящих из права на охрану здоровья, следующие: «право на охрану здоровья и медицинскую помощь представляет

собой совокупность следующих прав: 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 неблагоприятных районах» [7, с. 1].

На наш взгляд, использовать при определении сущности искомого права метод перечисления его структурных единиц нецелесообразно в силу того, что указанное перечисление не дает представления об исследуемом явлении и не отвечает на вопрос, что является сущностью права на охрану здоровья.

В связи с этим, куда более перспективным видится второй подход к рассмотрению проблемы сущности права на охрану здоровья и медицинскую помощь.

В этом смысле интерес представляет точка зрения А.Ф. Антоненко, который понимает под содержанием права на охрану здоровья и медицинскую помощь «комплекс закрепленных и защищаемых правомочий гражданина, выражающихся в его возможности получить качественное и квалифицированное диагностическое обследование, лечение, реабилитационную терапию и профилактические мероприятия в лечебно-профилактическом учреждении по своему выбору, с учетом гарантируемого Конституцией и законодательством РФ объеме оказания бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения» [4, с. 8].

Некоторые ученые предлагают разделять право на здоровье и право на охрану здоровья. Так, Е.В. Капралова и Е.С. Сергеева указывают, что «от права на охрану здоровья следует отличать право на здоровье, которое

включает в себя право на личную неприкосновенность, право на информацию о своем здоровье и право на конфиденциальность такой информации» [14, с. 1].

Такое разделение представляется спорным, так как не несет практической пользы, а сущность прав на здоровье и его охрану является сходным. Оба права призваны обеспечить достойный уровень жизни и здоровья человека, доступность системы здравоохранения и благополучные условия жизни и труда.

С точки зрения формальной логики к праву на здоровье можно отнести такие права, как право на неприкосновенность, право на информацию, право на выбор медицинского учреждения и прочие индивидуальные права.

Тогда как к праву на охрану здоровья те права, которые априори требуют государственного обеспечения: право на доступную и качественную медпомощь, право на благоприятную окружающую среду, право на соцобеспечение, право на безопасные условия труда и другие.

Пока же принято все правомочия, связанные со сферой здравоохранения включать в состав права на охрану здоровья. Соответственно, можно выделить следующие права.

Право на выбор медицинской организации и лечащего врача. Пациент имеет право выбирать больницу/поликлинику, где на безвозмездной основе сможет получать обследования, лечение и иную медицинскую помощь.

Недопустимо отказывать в прикреплении к, например, поликлинике на основе факта проживания в другом районе. Что касается срочной медицинской помощи, то пациент имеет право обратиться в любое медицинское учреждение, работающее в системе ОМС.

Данное право позволяет выбрать наиболее профессионального врача, медицинское учреждение с необходимыми специалистами, лучшей логистикой внутри больницы и т.д. Если ранее пациент был прикреплен к одному врачу-терапевту, мог обратиться в медучреждение только в соответствующем районе, то теперь такое ограничение недопустимо.

Право на получение информации о своих правах и обязанностях в сфере здравоохранения. Все документы, регламентирующие права человека в области здравоохранения находятся в широком доступе: начиная от информации в сети «Интернет», заканчивая обязательным размещением важнейших документов непосредственно в медицинских учреждениях.

Право на конфиденциальность информации медицинского характера. Медицинские учреждения имеют право осуществлять какую-либо деятельность относительно личных данных пациентов только при наличии подписанного пациентом информированного согласия, за исключением случаев, когда пациенту требуется неотложная медицинская помощь, а он не в состоянии осознавать свои действия и подписывать документы.

Соответственно информация о здоровье человека охраняется законом и не может быть предоставлена никому, кроме как медицинским работникам учреждения, которому дано информированное согласие, и тем, лицам, которым пациент разрешил разглашать эту информацию [1].

Право на обращение к врачу-специалисту. Пациент, согласно действующему законодательству имеет право требовать направление к врачу-специалисту, кроме как в случаях отсутствия такого специалиста в регионе.

Право на частичный или полный отказ от медицинского вмешательства. Пациент может отказаться от лечения без объяснения причин, подкрепив такой отказ заполнением соответствующих документов после объяснения ему последствий такого отказа.

Право на обезболивание и паллиативную помощь. Пациенты с острыми и хроническими заболеваниями могут получить соответствующий уход с облегчением боли доступными средствами и способами, исходя из выраженности болевого синдрома и потенциального негативного влияния обезболивающих препаратов на состояние здоровья.

Право на получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях. Госпитализированные пациенты

обеспечиваются специальным питанием безвозмездно и в обязательном порядке согласно распорядку дня медицинского учреждения.

Право на безопасные санитарно-гигиенические условия в медицинском учреждении. В больницах и других организациях регламентированы повышенные правила обеспечения санитарно-гигиенических условий. Включая обеззараживание помещений, систематическую уборку и другие мероприятия.

Право на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи в случае доказанного факта врачебной ошибки и/или халатности при осуществлении лечения. Это позволяет наилучшим образом защитить пациента от медицинской помощи низкого качества и врачебных ошибок, хоть и не является панацеей.

Право на допуск священнослужителя и на предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Право на допуск адвоката или законного представителя для защиты прав.

Право на безопасные условия труда в полном соответствии с установленными в отрасли санитарными правилами. Законодатель в целях защиты трудящихся предусмотрел широкий круг нормативно-правовых актов, регулирующих безопасность труда и обеспечивающих защиту здоровья работников.

Право на безопасную экологическую среду и информированность о ее состоянии. Каждый имеет право на получение достоверной информации об экологической обстановке на территории его проживания, а также на меры защиты от негативного воздействия техногенного или природного характера. К таким мерам относятся:

- своевременное предупреждение об угрозе при наступлении опасных природных условий,
- оповещение при техногенных катастрофах, связанных с загрязнением окружающей среды,
- и другие.

Право на получение внеочередной медицинской помощи распространяется на особые категории граждан, которые по той или иной причине имеют соответствующую привилегию. К таким категориям лиц относятся следующие:

- инвалиды военных действий и члены их семей;
- участники ВОВ и члены их семей;
- блокадники;
- почетные доноры России;
- герои Советского Союза, герои РФ.

Это лишь часть наиболее очевидных прав человека и гражданина в сфере здравоохранения, данный список является открытым и, в зависимости от точки зрения, может быть дополнен и иными правами.

Что касается обязанностей пациента, обращающегося за медицинской помощи, то современное законодательство их устанавливает весьма размыто в ст. 27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В указанной статье предусмотрено три обязанности:

- заботиться о сохранении своего здоровья;
- проходить медицинские осмотры (для некоторых категорий граждан), а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний;
- соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях [41].

Если 2 и 3 обязанность имеют четкую структуру и являются более чем обоснованными, то в отношении первой возникают определенные вопросы. Это связано с тем, что законом не устанавливается расшифровка данного

права, а это препятствует пониманию того, что скрывается под формулировкой «заботится о сохранении своего здоровья».

Как резонно отмечает Е.С. Салыгина, эта обязанность «может быть рассмотрена лишь как социально-желаемая норма поведения для гражданина, поскольку ее содержание не является достаточно определенным, а исполнение не обеспечено мерой государственного принуждения» [36, с. 15].

Предъявление документов нельзя считать обязанностью, потому что срочная медицинская помощь оказывается вне зависимости от их наличия. Ученые связывают такую особенность с рядом причин:

- уязвимое положение пациентов;
- безусловная всеобщность права на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- «сама природа оказания медицинской помощи, подразумевающая, что есть лицо, которое в силу своего состояния здоровья имеет право на получение медицинской помощи (субъект, получающий медицинскую помощь), и лица, которые в силу своей профессии должны облегчать страдания больного (субъекты, оказывающие медицинскую помощь)».

Таким образом, право на охраны здоровья и медицинскую помощь представляет собой систему правомочий в сфере здравоохранения, направленных на защиту здоровья человека, обеспечения надлежащего лечения и ной медицинской помощи в целях поддержания максимально возможного уровня здоровья, а, соответственно, и жизни.

Законом предусмотрен широкий спектр таких прав при полном отсутствии корреспондирующих обязанностей, потому что медицинская помощь в России, в отличие от иных стран, носит безусловный характер, ограниченный лишь перечнем услуг, финансируемых системой обязательного медицинского страхования.

В ОМС входят только наиболее важные и первостепенные исследования и услуги, а не все возможные, что связано с ограниченностью финансирования.

Разумеется, пациенты имеют возможность получить в рамках программы ОМС и высокотехнологичную помощь, однако некоторые способы лечения не входят в нее, поэтому врачи должны предложить иную доступную на безвозмездной основе альтернативу, даже при условии более низкой ее эффективности и потенциальном ухудшении уровня жизни.

Разумеется, охватить все возможные инновационные способы медицинской помощи невозможно, однако законодатель ежегодно меняет список доступной по ОМС помощи, включая все более новые и эффективные меры, что позволяет говорить о прогрессивном развитии отечественного здравоохранения.

1.2 Современные гарантии обеспечения и механизмы защиты права на охрану здоровья и медицинскую помощь

Государство берет на себя обязательство обеспечивать права своего населения в сфере здравоохранения для поддержания жизнеспособности популяции. В связи с этим, законодательство РФ закрепляет право требовать обеспечения защиты здоровья населения и оказание медицинской помощи при необходимости.

Невозможно говорить о наличии и действительности того или иного права в отдельности от правовой системы, так как само по себе упоминание правомочия в законе – не более чем формальное закрепление постулата. Для обеспечения любого права человека и гражданина государство должно предусмотреть систему гарантий, то есть тех принципов и положений, благодаря которым обеспечивается правомочие.

Само понятие гарантий можно рассматривать с двух сторон. С одной стороны, в широком смысле – это закрепленные законом нормы, которые

обеспечивают соблюдение права на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также устанавливают ответственность за нарушение указанного права.

С другой, в узком смысле – это законодательно закрепленная программа, в рамках которой перечисляются виды и способы доступной бесплатно помощи и указаны основания ее предоставления.

В первом случае можно выделить несколько видов гарантий:

- юридические гарантии – формально закрепленные нормы, которые фиксируют права и обязанности физических лиц, юридических лиц и государственных органов в сфере здравоохранения, а равно юридическую ответственность за нарушение прав и невыполнение обязанностей.
- финансовые гарантии – предусмотренные законом источники финансирования, оплата труда медицинских работников, осуществляющих бесплатную медицинскую помощь и другое;
- организационно-хозяйственные гарантии – предоставление помещений под медицинские учреждения, благоустройство территории, инновации и оборудование, обеспечение персоналом и другое [22].

В рамках юридических гарантий можно выделить не только и не столько нормы, обеспечивающие права человека в сфере здравоохранения, но и нормы, закрепляющие права в сфере здравоохранения, которые своим существованием гарантируют иные права в этой сфере.

Одним из важнейших выступает право на получение информации о состоянии своего здоровья, а равно на получение своевременной и достоверной информации о факторах, способствующих ухудшению здоровья.

Как верно отмечает Д.Х. Багдасарян, «важной конституционной гарантией права на охрану здоровья является запрет на сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей» [6, с. 2].

Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли [21]. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация [3].

Право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

Это не допускает произвола в среде медицинских работников: принудительное лечение, не предусмотренное законодательно, навязывание процедур, приоритетность конкретного вида лечения и другое.

Однако в ряде случаев нет возможности получить согласие пациента/его представителя, а неоказание помощи больному будет явно умалять его право на получение квалифицированной медицинской помощи.

В связи с этим, законом предусмотрены случаи, когда возможно медицинское вмешательство без предварительного получения информированного добровольного согласия.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы;
- при оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель.

Право на выбор врача и медицинской организации позволяет ознакомиться с мнением разных специалистов, сменить врача в случае подозрения на некомпетентность, при грубом обращении, сменить медицинскую организацию в случае недостаточности специалистов, неудобства записи к врачам-специалистам и под другим основаниям, но всегда

на усмотрение пациента. Данное право способствует получению доступной и качественной медицинской помощи.

Право на информацию о факторах, влияющих на здоровье. Граждане имеют право на получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, состоянии среды обитания, рациональных нормах питания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг.

Такая информация предоставляется органами государственной власти и органами местного самоуправления в соответствии с их полномочиями, а также организациями в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации [2].

В соответствии с субъектом и способом, создающим механизм осуществления права на охрану здоровья и медицинскую помощь, юридические гарантии данного права могут подразделяться на:

- гарантии, закрепленные в Конституции РФ;
- гарантии, закрепленные в законах и иных нормативных актах;
- гарантии судебной защиты;
- гарантии, обеспеченные деятельностью органов прокуратуры;
- деятельность уполномоченного по правам человека [26, с. 111].

В качестве специального акта в данной сфере выступает Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов, утверждаемая Правительством РФ.

Программа устанавливает перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется

бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, базовую программу обязательного медицинского страхования, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи [29].

Так, в рамках Программы бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная медицинская помощь;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь, в том числе паллиативная первичная медицинская помощь, включая доврачебную и врачебную медицинскую помощь, а также паллиативная специализированная медицинская помощь.

Указанный документ предусматривает, в первую очередь, основные условия предоставления медицинской помощи, нарушение которых будет влечь как административную, так и уголовную ответственность.

Что касается механизмов защиты граждан, то можно выделить две ее формы:

- судебная форма;
- внесудебная форма: ведомственная и вневедомственная.

Судебная форма подразумевает обращение в суд по поводу оспаривания неправомерных действий/бездействий медицинских работников и администрации медицинского учреждения, выступление в суде по делам о халатности и другие варианты.

К внесудебной же относится рассмотрение запросов и претензий граждан в различных органах: от администрации медицинского учреждения до уполномоченного по правам человека. А.Ф. Антоненко указывает деление этой формы на две:

«Ведомственная форма осуществляется при рассмотрении администрацией учреждения здравоохранения на клиничко-экспертной комиссии по изучению летальных исходов. Вневедомственная - на уровне страховой медицинской организации, фонда обязательственного медицинского страхования и др.» [4, с. 6].

К вневедомственным способам защиты можно отнести:

- обращение в прокуратуру (по вопросам нарушения прав и законных интересов граждан России в соответствии с ФЗ «О прокуратуре Российской Федерации») [40];
- обращение в общественные организации и иные негосударственные институты (представление интересов граждан, продвигать инициативы в сфере здравоохранения, вносить предложения и другое);
- обращение в органы системы обязательного медицинского страхования (по вопросам нарушения прав застрахованных, непредоставления конкретных медицинских услуг, предоставления некачественных медицинских услуг в соответствии с ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" [39]).

В рамках Программы государственных гарантий бесплатно предоставляются: первичная медико-санитарная, в том числе неотложная, медицинская помощь скорая, в том числе специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Разумеется, пациенты имеют возможность получить в рамках программы ОМС и высокотехнологичную помощь, однако некоторые способы лечения не входят в нее, поэтому врачи должны предложить иную доступную на безвозмездной основе альтернативу, даже при условии более низкой ее эффективности и потенциальном ухудшении уровня жизни.

Охватить все возможные инновационные способы медицинской помощи невозможно, однако законодатель ежегодно меняет список доступной по ОМС помощи, включая все более новые и эффективные меры, что позволяет говорить о прогрессивном развитии отечественного здравоохранения.

Глава 2. Правовое обеспечение конституционного права граждан на охрану здоровья

2.1 Система законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья и медицинской помощи

Вопрос оказания медицинской помощи во все времена имел важное значение, особенно для наименее защищенных слоев населения. Формирование системы бесплатного здравоохранения началось в конце 19 века, когда появилось медицинское страхование для некоторых категорий работников, в частности, рабочих, задействованных в крупных мануфактурах. Процент застрахованных рабочих был весьма низок, большая же часть рабочего класса не имела возможности обратиться за квалифицированной медицинской помощью бесплатно.

После Великой октябрьской революции 1917 года новая советская власть поставила цель сделать медицинское обслуживание доступным для широких масс. Первым этапом в этом деле стало объединение всех форм медицинской помощи в одной подведомственности: «в 1918 году вместе с образованием нового государства было создано единое государственное здравоохранение, объединившее все ранее существовавшие системы и формы российской медицины» [11, с. 18].

Бесплатное медицинское обслуживание было закреплено в РСФСР ст. 1 Декрета СНК РСФСР от 31.10.1918 года «Положение о социальном обеспечении трудящихся», где указывалось, что за медицинской помощью различного вида может обратиться любой трудящийся. Как указывают ученые, «здоровье человека расценивалось прежде всего как общественное достояние, необходимый атрибут для служения идеалам коммунизма» [5, с. 147].

Новое советское государство было заинтересовано в здоровье и трудоспособности граждан в том числе и потому, что больным и нетрудоспособным лицам устанавливались дополнительные пособия. Чтобы

не допустить злоупотребления правом на поддержку от государства, оно устанавливало не право, а обязанность по обращению за медицинской помощью при болезни, что подкреплялось установленными санкциями за нарушение указанной обязанности.

В свою очередь, единственным нормативно-правовым актом, устанавливающим права и обязанности врачей, порядок допуска к медицинской деятельности и контроля за ее осуществлением, долгое время оставался Декрет ВЦИК, СНК РСФСР от 01.12.1924 года «О профессиональной работе и правах медицинских работников» [5, с. 147]. Ю.Н. Филиппов, О.П. Абаева применительно к рассматриваемому декрету указывают, что «более 50 лет декрет регламентировал юридические аспекты врачебной деятельности советских медиков, сохраняя свою актуальность, с соответствующими изменениями, до начала 70-х годов XX века» [43, с. 154].

Впоследствии право на бесплатную медицинскую помощь было закреплено и в Конституции СССР, что способствовало развитию сферы социального страхования. Вектор развития всеобщего медицинского обеспечения был изменен в период Великой отечественной войны в связи с военными нуждами государства, однако после ее окончания изначальный курс был восстановлен.

Основополагающим актом советского периода, регулирующим медицинскую деятельность, стали Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении, утвержденные законом СССР от 19.12.1969 года N 4589-VII. Указанным нормативно-правовым актом закреплялись основные принципы медицинского обслуживания в СССР: бесплатность, общедоступность, квалифицированность помощи.

Также именно в советский период оформилось такое направление отрасли здравоохранения, как профилактическое, состоящее в диспансеризации населения, предусмотренной приказом Министерства здравоохранения СССР от 30.05.1986 № 770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения».

Несмотря на многочисленные достижения советского здравоохранения в области всеобщего медицинского обеспечения, существовали и проблемы, главной из которых выступало отсутствие эффективной системы финансирования, что в конечном итоге привело существенному дефициту в этой области. Поэтому после распада Советского Союза бесплатное здравоохранение стало строиться уже на принципах страховой медицины.

28 июня 1991 года был принят закон Российской Советской Федеративной Социалистической Республики «О медицинском страховании граждан в РСФСР» № 1499-1 от 28.06.1991 г, позднее переименованный в Закон Российской Федерации. Данный закон являлся прямым продолжением конституционного постулата о праве каждого гражданина на медицинскую помощь. Закон впервые вводил два обособленных вида медицинского страхования – обязательное, которое охватывало всех без исключения граждан, и добровольное, являющееся дополнительным и индивидуальным.

Основой обязательного медицинского страхования становятся страховые взносы, которые должны выплачиваться работодателем гражданина, однако этот факт влек вопрос об уплате страховых взносов за неработающее население – детей, пенсионеров, инвалидов, временно не работающих граждан. Ответ был дан в ст. 2 указанного закона:

«Страхователями при обязательном медицинском страховании являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления - для неработающего населения; организации, физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, нотариусы, занимающиеся частной практикой, адвокаты, физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера - для работающего населения» [12].

Таким образом, несмотря на заявленную структуру страхования, свойственную для капиталистических государств, когда осуществление обслуживания возможно лишь при своевременной уплате взносов, ОМС

распространяется в равной степени на лиц, которые не могут и не обязаны законом уплачивать страховые взносы.

За указанных неработающих граждан взносы осуществляются, фактически из средств государственного финансирования. Такая система не только привлекает дополнительные средства в систему ОМС, но и защищает права лиц, которые предоставить дополнительные средства не способны.

Это делает обязательное медицинское страхование России особым институтом, который в сравнении с другими государствами, где медицинская страховка исключительно платная, а медобслуживание без этой страховки на бесплатной основе невозможно, является максимально социально ориентированным.

Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год» вводятся новые органы в сфере медицинского страхования – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) и его территориальные подразделения (ТФОМС)

Территориальные программы ОМС стали разрабатываться в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 06.05.2003 N 255127, которым было утверждено Положение о разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией [20].

В 2010 году произошли существенные изменения, обусловленные вступлением в силу нового закона об ОМС - **Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 06.12.2021) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"**. Данный акт в полной мере закрепляет правовые основы ОМС, принципы и субъекты ОМС, а также многое другое.

Таким образом, базовыми нормативно-правовыми актами в сфере обеспечения обязательной медицинской помощи выступают следующие:

- Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 11.06.2022, с изм. от 13.07.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 06.12.2021) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
- Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 14.07.2022) "Об обращении лекарственных средств";
- Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ (ред. от 04.11.2022) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения";
- Федеральный закон от 17.09.1998 N 157-ФЗ (ред. от 02.07.2021) "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней";
- Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 30.12.2021) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании";
- Закон РФ от 22.12.1992 N 4180-1 (ред. от 01.05.2022) "О трансплантации органов и (или) тканей человека";
- Постановление Правительства РФ от 28.12.2021 N 2505 (ред. от 14.04.2022) "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов";
- Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 N 2406-р (ред. от 06.10.2022) «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи»;
- Постановление Правительства Самарской области от 24.12.2021 N 1084 (ред. от 31.08.2022) "Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

помощи в Самарской области на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов";

– Постановление Правительства Самарской области от 27.11.2013 N 674 (ред. от 13.10.2022) "Об утверждении государственной программы Самарской области "Развитие здравоохранения в Самарской области" на 2014 - 2032 годы";

– Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021 № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок"

– А также некоторые иные.

Основным в данной сфере выступает Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 11.06.2022, с изм. от 13.07.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Указанный закон закрепляет, что «охрана здоровья граждан - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи» [39].

В рамках общероссийской системы здравоохранения можно выделить три подсистемы:

- государственную;
- муниципальную;
- частную.

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;

– 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 [40].

Муниципальную систему здравоохранения составляют:

– органы местного самоуправления муниципальных районов, муниципальных округов 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.

Указанный закон также закрепляет перечень медицинской помощи, которая должна быть доступна гражданам на бесплатной основе в рамках программы государственных гарантий:

– первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;

– специализированная медицинская помощь, высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи;

– скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная;

- паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством Российской Федерации, которое ежегодно рассматривает представляемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти доклад о ее реализации.

В рамках указанной программы устанавливаются основы бесплатного медицинского обслуживания граждан, а именно:

- перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно;
- перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;
- категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;
- базовая программа обязательного медицинского страхования;
- средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, а также порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты;
- требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности медицинской помощи.

Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 06.12.2021) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" регулирует правоотношения, связанные с организацией и реализацией системы обязательного медицинского страхования.

Законодательство об обязательном медицинском страховании основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из

Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федерального закона от 16 июля 1999 года N 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования", Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 06.12.2021) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", других федеральных законов, законов субъектов Российской Федерации.

ФЗ «Об ОМС в РФ», в первую очередь, закрепляет базовую терминологию, будь то, собственно, ОМС, страховой риск, случай, страхователи и иное. Согласно ст. 3 ФЗ, «обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах, предусмотренных законом» [39].

Страхователем выступает организация либо орган, которые осуществляют выплаты страховых взносов за застрахованных лиц. Объект обязательного медицинского страхования - страховой риск, связанный с возникновением страхового случая.

Страховым риском выступает предполагаемое событие, которое может привести к возникновению страхового случая, то есть утери здоровья, требующего предоставления медицинских услуг по ОМС.

Помимо собственно федерального Фонда Обязательного Медицинского Страхования. В целях реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации формируются территориальные фонды.

Они осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Базовая программа ОМС едина на всей территории РФ и, исходя из названия, является базисной и закрепляет основные виды и формы медицинской помощи, доступной каждому застрахованному лицу. Базовая программа дополняется территориальной программой ОМС, которая устанавливается непосредственно регионом и может отличаться от программы иного региона.

Соответственно территориальная программа расширяет базовую, дополняя её иными видами медицинской помощи, при этом она не может исключить какой-либо вид помощи, гарантируемый базовой программой.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо.

Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 14.07.2022) "Об обращении лекарственных средств" устанавливает правила оборота лекарственных и фармацевтических препаратов, устанавливает государственный контроль за данной сферой, правила регистрации препаратов, процедуру доклинических и клинических испытаний, а также основы фармацевтической деятельности.

Закон трактует лекарственные средства следующим образом: «вещества или их комбинации, применяемые для профилактики, диагностики, лечения заболевания, реабилитации, для сохранения, предотвращения или прерывания беременности и полученные из крови, плазмы крови, из органов, тканей организма человека или животного, растений, минералов методами синтеза или с применением биологических технологий» [42].

Учитывая значение лекарственных препаратов для человека и человечества в целом, сфера их разработки, производства, реализации и уничтожения внимательно контролируется законом. Любой лекарственный препарат проходит процедуру разработки, доклинических, клинических исследований, проверки на безопасность, лицензирования, составления описания с указанием всех побочных эффектов и особенностей взаимодействия с иными веществами, а также иные специализированные процедуры, большая часть которых закреплена именно в этом законе.

Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ (ред. от 04.11.2022) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" [43] определяет санитарно-эпидемиологическое благополучие населения как состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности.

Закон предусматривает комплекс мер по обеспечению СЭБ:

- профилактика заболеваний;
- выполнение санитарно-противоэпидемических мероприятий;
- государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование;
- федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор;
- лицензирование видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека;
- проведение социально-гигиенического мониторинга;

– привлечение к ответственности за нарушение законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и другие.

Целью СЭБ является, главным образом, предотвращение заболеваемости среди населения и нивелирование воздействия неблагоприятных и опасных веществ и материалов на человека.

Федеральный закон от 17.09.1998 N 157-ФЗ (ред. от 02.07.2021) "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" закрепляет основы иммунопрофилактики, а именно системы мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок [44].

Указанный закон закрепляет, что всем застрахованным лицам доступны на бесплатной основе профилактические прививки, включённые в национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям. Так в календарь входят прививки от гепатита В, туберкулеза, дифтерии, коклюша, столбняка, гемофильной инфекции, полиомиелита, кори, краснухи, паротита и другие, предусмотренные Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021 № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок" [29].

Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 30.12.2021) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" устанавливает основы оказания психиатрической помощи на добровольной и принудительной основе.

Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица и при наличии его информированного добровольного согласия, либо согласия законного представителя на медицинское вмешательство, за исключением следующих случаев:

- наличие решения суда о применении мер принудительного медицинского характера;
- наличие непосредственной опасности лица для себя или окружающих;
- беспомощность, то есть неспособность лица самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- существенный вред здоровью лица вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Также закон содержит перечень прав и обязанностей медицинских работников, осуществляющих психиатрическую помощь, виды предоставляемой медицинской помощи в области психиатрии, основы государственного контроля и прокурорского надзора за деятельностью по оказанию психиатрической помощи.

Закон РФ от 22.12.1992 N 4180-1 (ред. от 01.05.2022) "О трансплантации органов и (или) тканей человека" закрепляет основы трансплантологии в России. Согласно указанному закону, трансплантация органов и тканей выступает крайней мерой, возможной в случае, если другие медицинские средства не могут гарантировать сохранения жизни больного либо восстановления его здоровья [45].

Изъятие тканей возможно у живых доноров либо у трупов в условиях повышенной защиты прав лиц, участвующих в трансплантации, а также родственников погибшего лица, выступающего донором. В частности, закон регламентирует ряд требований к донорам:

- совершеннолетний возраст и дееспособность живого донора;
- отсутствие болезни, представляющей опасность для жизни и здоровья реципиента;
- отсутствие какой-либо зависимости донора от реципиента в целях исключения возможности принуждения донора к трансплантации;

- отсутствие волеизъявления погибшего о запрете использования его тканей и органов для трансплантации;
- наличие добровольного согласия лица или его законных представителей, в том числе обоих родителей и иные.

Помимо этого, в законе перечисляются права донора, права и обязанности медицинских сотрудников, особенности изъятия органов и тканей у живого донора и трупа.

Постановление Правительства РФ от 28.12.2021 N 2505 (ред. от 14.04.2022) "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов" закрепляет особенности оказания медицинской помощи по базовой программе ОМС в 2022, а равно планы относительно 2023-2024 год. В программе указываются основы оплаты различных услуг, особенности финансирования применительно к озвученным манипуляциям, вводятся дополнительные исследования, относительно прошлых лет.

В частности, существенная часть программы на 2022 посвящена пандемии COVID-19. Так, программа закрепляет, что в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальных программ обязательного медицинского страхования осуществляется проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции.

Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 N 2406-р (ред. от 06.10.2022) «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи» содержит перечень лекарственных препаратов, обязательных к наличию в медицинских учреждениях для различных видов мероприятий, лекарств, отпускаемых по льготным рецептам без оплаты или по фиксированной стоимости [36].

Распоряжение содержит следующие блоки:

- перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения (омепразол, лидокаин, атропин и другие);
- лекарственные препараты, которыми обеспечиваются больные гемофилией
- лекарственные препараты, которыми обеспечиваются больные муковисцидозом
- лекарственные препараты, которыми обеспечиваются больные гипопаратиреозом
- лекарственные препараты, которыми обеспечиваются больные болезнью Гоше
- лекарственные препараты, которыми обеспечиваются больные злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей;
- лекарственные препараты, которыми обеспечиваются больные рассеянным склерозом
- лекарственные препараты, которыми обеспечиваются пациенты после трансплантации органов и (или) тканей;
- лекарственные препараты, которыми обеспечиваются больные гемолитико-уремическим синдромом;
- лекарственные препараты, которыми обеспечиваются больные юношеским артритом с системным началом;
- лекарственные препараты, которыми обеспечиваются больные мукополисахаридозом;
- лекарственные препараты, которыми обеспечиваются больные апластической анемией неуточненной
- лекарственные препараты, которыми обеспечиваются больные наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта - Прауэра).

Постановление Правительства Самарской области от 24.12.2021 N 1084 (ред. от 31.08.2022) "Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов" по аналогии с актом, утверждающим базовую программу ОМС, закрепляет территориальную программу ОМС Самарской области [29].

Данная программа включает перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, и категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно.

В рамках Территориальной программы ОМС гражданам (застрахованным лицам) осуществляются:

- оказание первичной медико-санитарной помощи, включая профилактическую помощь, скорой медицинской помощи;
- профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение;
- лечение заболеваний зубов и полости рта с использованием перечня рекомендованных к применению в системе ОМС Самарской области лекарственных препаратов, стоматологических материалов, инструментария;
- подбор контактных линз детям в возрасте до 18 лет;
- пластические и реконструктивные операции, осуществляемые по медицинским показаниям;
- медицинская помощь с использованием эндовидеоскопических методов лечения;
- физиотерапевтическое лечение, акупунктура, массаж, гипербарическая оксигенация, иные методы лечения и диагностики, медицинские манипуляции по медицинским показаниям в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

Постановление Правительства Самарской области от 27.11.2013 N 674 (ред. от 13.10.2022) "Об утверждении государственной программы Самарской

области "Развитие здравоохранения в Самарской области" на 2014 - 2032 годы" имеет своей целью обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения Самарской области, передовым достижениям медицинской науки.

Установочными данными для программы выступают данные о заболеваемости жителей области, об иммунизации населения, о количестве лиц, прошедших диспансеризацию и другое, что позволяет спрогнозировать будущие проблемы и соответствующим образом на них отреагировать либо вовсе предотвратить [47].

Таким образом, право на медицинскую помощь в России декларировано большим перечнем как общих, так и специализированных нормативно-правовых актов по разновидностям медицинской помощи.

Основными нормативно-правовыми актами в указанной сфере выступают, конечно же Конституция РФ, ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Именно указанные акты закрепляют основы правового регулирования сферы здравоохранения, тогда как иные акты лишь конкретизируют их положения.

В связи с этим, данная сфера характеризуется большим количеством подзаконных актов, мы рассмотрели лишь некоторые из них, которые закрепляют процедурные моменты, что говорит о сложности системы здравоохранения РФ.

2.2 Международно-правовые стандарты в области обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь является одним из базовых для развитых стран. Закрепляется оно в ряде основополагающих

международно-правовых актов, что гарантирует доступность медицинской помощи для населения стран, ратифицировавших указанные акты.

Право на охрану здоровья можно рассматривать в узком смысле, как право на своевременную медицинскую помощь, лекарственное обеспечение, социальное обслуживание и достойные условия проживания, так и в широком, где под данным правом понимают также и право на благоприятную окружающую среду, безопасные условия труда, достаточное питание, доступ к питьевой и бытовой воде, реабилитационные мероприятия после болезни и другие.

В первую очередь, право на охрану здоровья закреплено во **Всеобщей декларации прав человека** 1948 года, в которой указывается, что «каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам» [9].

Закрепив право на жизненный уровень, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния, ООН создало базу, на которой были построены все последующие нормативно-правовые акты в области охраны прав человека.

Первым актом, расширительно толкующим положения Декларации, стал **Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах** (1966 г.) который гласит: «участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья» [25].

Кроме того, указанный акт закреплял основные цели каждого государства в сфере защиты здоровья населения:

- сокращение мертворождаемости и младенческой смертности, обеспечение здорового развития ребенка;

- улучшение всех аспектов гигиены окружающей среды и гигиены производства;
- профилактику, лечение и контроль эпидемических, эндемических, профессиональных и других заболеваний;
- создание условий, гарантирующих медицинские услуги и медицинскую помощь в случае болезни для всех.

Данные нормы в большей степени носили декларативный характер, однако стали основой для формирования медицинского права в государствах-участниках Пакта, ведь до 1948 года данная сфера не была урегулирована.

Долгое время не существовало норм относительно таких вопросов как доступность качественной медицинской помощи (которая была недоступна для малообеспеченных слоев населения), недопустимость ряда методов лечения, нормирование рабочего дня в целях обеспечения здоровья трудящихся и реализации их права на отдых (вплоть до конца XX века существовала проблема невыносимых условий труда, тяжелого детского труда и, соответственно, смертности в связи с экстремальными нагрузками). В связи с этим, даже фиксация декларативных норм была существенным прогрессом [50].

Закрепив всеобщее право на охрану здоровья, ООН сосредоточилось на исключение дискриминации в сфере охраны здоровья, приняв следующие акты:

- Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации;
- Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин;
- Конвенция о правах ребенка;
- Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей;
- Конвенция о правах инвалидов;

- Декларация Организации Объединенных Наций о правах коренных народов;
- Принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей;
- Минимальные стандартные правила обращения с заключенными и другие документы.

Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (1965 г.) была связана с распространением расисткой идеологии (угнетение чернокожего населения и коренных народов США, антисемитизм и другое), которую, в особенности после событий Второй Мировой Войны, необходимо было искоренить.

Конвенция закрепляет равноправие между представителями всех рас и национальных принадлежностей. В частности, ст. 5 указанного акта гласит, что «в соответствии с основными обязательствами, изложенными в статье 2 настоящей Конвенции, государства-участники обязуются запретить и ликвидировать расовую дискриминацию во всех ее формах и обеспечить равноправие каждого человека перед законом, без различия расы, цвета кожи, национального или этнического происхождения, в особенности в отношении осуществления следующих прав: (iv) права на здравоохранение, медицинскую помощь, социальное обеспечение и социальное обслуживание» [23].

Не меньшей проблемой общемирового масштаба была дискриминация по половому признаку: несмотря на то, что суфражистки добились признания женщины как полноценного члена общества с соответствующими правами и свободами, отношение к женщинам все еще отличалось от отношения к мужчинам. Для решения указанной проблемы была принята (1979 г.) **Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин.**

В связи с этим, «государства-участники Конвенции принимают все соответствующие меры для ликвидации дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения, с тем чтобы обеспечить на основе равенства

мужчин и женщин доступ к медицинскому обслуживанию, в частности в том, что касается планирования семьи (обеспечивают женщинам соответствующее обслуживание в период беременности, родов и послеродовой период, предоставляя, когда это необходимо, бесплатные услуги, а также соответствующее питание в период беременности и кормления)» [18].

Долгое время ребенок считался практически собственностью родителей, а способы воспитания, обеспечения условий жизни, права и обязанности родителей и детей были внутрисемейным делом, не получившим законодательного урегулирования. Работа ООН изменила данное положение дел посредством принятия ряда документов и, в частности, **Конвенции о правах ребенка** (1989 г.), где прямо указывалось следующее:

«Государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения» [19].

Равно Государства-участники принимают любые эффективные и необходимые меры с целью упразднения традиционной практики, отрицательно влияющей на здоровье детей (впервые были запрещены такие практики, как, например, женское обрезание, практикующееся среди мусульман и африканского населения). Таким образом, гарантировались самые основные права и свободы детей.

Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (1990 г.) закрепляет права наименее защищенных слоев населения, а именно мигрантов. Мигранты, то есть лица, не обладающие гражданством страны пребывания, а проживающие и работающие в стране пребывания на основе временного разрешения, а равно члены их семей обладают правом на медицинскую помощь наравне с гражданами государства.

Указанное положение закреплено в ст. 43 указанной конвенции: «Трудящиеся-мигранты пользуются равным режимом с гражданами государства работы по найму в отношении: (е) доступа к социальному и медицинскому обслуживанию при условии соблюдения требований, предъявляемых в отношении участия в соответствующих программах». Аналогичная норма в отношении членов семей трудящихся мигрантов закрепляется ст. 45 Конвенции.

Таким образом, трудящиеся-мигранты и члены их семей имеют право на получение любой медицинской помощи, которая является крайне необходимой для сохранения их жизни или избежания непоправимого ущерба их здоровью на основе равенства с гражданами соответствующего государства. Им нельзя отказывать в такой срочной медицинской помощи в силу каких-либо отклонений, в том, что касается пребывания или занятости.

Следующей группой лиц, получивших закрепленные на международном уровне гарантии права на медицинскую помощь, стали лица с инвалидностью, оформленной соответствующим законодательству государства способом. **Конвенция о правах инвалидов** (2006 г.) не только гарантирует оказание медицинской помощи такой категории граждан без какой-либо дискриминации, но также устанавливает и ряд обязательств, которые берут на себя государства-участники Конвенции, они:

- обеспечивают инвалидам тот же набор, качество и уровень бесплатных или недорогих услуг и программ по охране здоровья, что и другим лицам;
- предоставляют те услуги в сфере здравоохранения, которые необходимы инвалидам непосредственно по причине их инвалидности, включая раннюю диагностику, а в подходящих случаях – коррекцию и услуги, призванные свести к минимуму и предотвратить дальнейшее возникновение инвалидности, в том числе среди детей и пожилых;

- организуют эти услуги в сфере здравоохранения как можно ближе к местам непосредственного проживания этих людей, в том числе в сельских районах;
- требуют, чтобы специалисты здравоохранения предоставляли люди с инвалидностью услуги того же качества, что и другим лицам;
- не допускают дискриминационного отказа в здравоохранении или услугах в этой области либо получении пищи или жидкостей по причине инвалидности.

Особые права в сфере здравоохранения предоставляются коренным народам на основании **Декларации ООН о правах коренных народов** (2007 г.). Указанный документ гарантирует равный доступ к медицинской, социальной и иной помощи представителям коренных народов без какой-либо дискриминации.

Вместе с этим, Декларация устанавливает, что «коренные народы имеют право на свою традиционную медицину и на сохранение своей практики врачевания, включая сохранение важнейших лекарственных растений, животных и минералов» [10]. Этот пункт связан с защитой права коренных народов и малочисленных народов на сохранение своей культуры и ее развитие. Но указанное разрешение никак не влияет на предоставление государственных медицинских услуг и не может являться основанием для дискриминации представителей коренных народов в области здравоохранения.

Одной из форм закрепления основ прав человека ООН, наравне с Декларациями, конвенциями и соглашениями, выступают своды принципов, которые устанавливают основы взаимодействия в той или иной сфере, рекомендуемые, однако не общеобязательные.

Среди таких сводов можно назвать **Принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей** (1991 г.), которая устанавливает дополнительные гарантии в сфере здравоохранения для людей

пожилого возраста в связи с их характерными особенностями, отграничивающими их от иных групп населения.

Так, указанные Принципы устанавливают следующее: «Пожилые люди должны иметь доступ к соответствующим требованиям продовольствию, воде, жилью, одежде и медицинскому обслуживанию через посредство обеспечения им дохода, поддержки со стороны семьи, общины и самопомощи. Пожилые люди должны иметь доступ к медицинскому обслуживанию, позволяющему им поддерживать или восстанавливать оптимальный уровень физического, психического и эмоционального благополучия и предотвращать или сдерживать начало периода недугов» [33].

Пожилые люди в силу возрастных изменений нуждаются в более внимательном отношении, высокой доступности медицинской помощи (наличие квалифицированных специалистов в населенном пункте проживания/пребывания), особой защите от дискриминации (недопустимо выбирать, кому из одинаково срочных пациентов оказывать помощь на основании умозаключения «старик успел пожить, а у молодого парня вся жизнь впереди» и прочее), с чем и связано установление базовых принципов.

Минимальные стандартные правила обращения с заключенными (1955) – один из основных нормативных актов в системе защиты прав лиц, содержащихся в местах лишения свободы. Один из разделов указанного акта носит соответствующее название – Медицинское обслуживание, в котором закрепляются следующие требования к пенитенциарным учреждениям:

- наличие квалифицированных медицинских сотрудников, в том числе психиатра;
- наличие необходимого для диагностики и оказания помощи оборудования, а равно расходных материалов;
- обеспечение возможности заключенного обратиться к квалифицированному зубному врачу;
- осуществление контроля за условиями жизни заключенных, включая качество пищи, чистоту помещения и другое.

Принятие указанных правил связано с тем, что ранее осужденный, попадавший в места лишения свободы, фактически выпадал из правового поля – терял права, которыми он обладал как человек и гражданин/подданный и не обретал новых прав. Согласно международному гуманитарному праву, человек, попадающий в пенитенциарную систему не перестает быть человеком, гражданином, личностью и не может быть лишен принадлежащих ему от рождения прав на достойное обращение, медицинскую помощь и другое [51].

Таким образом сформировалась общемировая тенденция обязательности оказания срочной медицинской помощи всем нуждающимся лицам, независимо от пола, возраста, национальной принадлежности, гражданства и других признаков в целях гарантии права каждого человека на жизнь, которое принадлежит каждому от рождения.

При этом, в сфере обеспечения права человека на медицинскую помощь и охрану здоровья, несмотря на закрепления соответствующего права на международном и региональном уровне, все еще не искоренены проблемы:

- доступность медицинской помощи (отсутствие медицинского персонала в городах, селах, а иногда и в целых районах, недоступность скорой медицинской помощи в связи с отсутствием в ближайшем окружении подстанций скорой помощи);
- защита прав отдельных категорий граждан (сложность оформления инвалидности, в связи с чем многие пациенты, фактически утратившие трудоспособность из-за болевого синдрома, панических атак и отягощенного психического статуса, не могут получить инвалидность и соответствующие выплаты, а лица с хроническими заболеваниями/травмами, например, с ампутированными конечностями, вынуждены ежегодно доказывать свое право на государственную поддержку)

- ограниченность паллиативной помощи (сложные процедуры получения наркотических обезболивающих, недостаток учреждений, где бесплатно осуществляется паллиативная помощь);
- доступность среды (отсутствие рабочих лифтов, пандусов, территории для свободного передвижения, надписей шрифтом Браиля) и другое.

Эти проблемы еще только предстоит решить. Многие вопросы требуют комплексного подхода и поэтапного взвешиваемого решения, многие решения можно апробировать только на практике, чтобы понять неэффективность избранных методов работы, многие инициативы требуют обильного финансирования, обеспечить которое невозможно без ущерба для иных сфер жизни государства и общества. Однако постепенно реформирование уже на данный момент дало свои результаты, и в рамках своего продолжения принесет еще более ценные плоды.

Глава 3 Проблемы реализации конституционного права на охрану здоровья

3.1 Реализация права на охрану здоровья и медицинскую помощь лицами, содержащимися в пенитенциарных учреждениях

Согласно Конституции РФ, каждый гражданин имеет право на доступную и квалифицированную медицинскую помощь, вне зависимости от его места жительства, национальности, социального статуса, возраста и других характеристик. В связи с этим, даже лица, нарушившие закон, являющиеся преступники и отбывающие назначенное судом наказание, должны получать всю необходимую медицинскую помощь.

Учитывая специфику субъектов права, законодатель предусмотрел отдельные акты, регулирующие оказание медицинской помощи и проведение мероприятий, направленных на обеспечения права на охрану здоровья данной группе лиц.

Основные положения о правовом статусе осужденных лиц содержатся в Уголовно-исполнительном кодексе РФ. Так в ч. 6 ст. 12 указано, что «осужденные имеют право на охрану здоровья, включая получение первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических или стационарных условиях в зависимости от медицинского заключения» [37].

В равной степени осужденные имеют право на психологическую помощь, оказываемую сотрудниками психологической службы исправительного учреждения и иными лицами, имеющими право на оказание такой помощи. Осужденные имеют право на социальное обеспечение, в том числе на получение пенсий и социальных пособий.

Также это Приказ Минюста России от 28.12.2017 N 285 "Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам,

заклученным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы" [30].

Осужденные при поступлении в учреждения УИС осматриваются медицинским работником с целью выявления лиц, представляющих эпидемическую опасность для окружающих или нуждающихся в медицинской помощи, с обязательным проведением телесного осмотра, термометрии, антропометрии.

В период содержания осужденного в учреждении УИС осуществляется динамическое наблюдение за состоянием его здоровья, включающее ежегодное лабораторное исследование (общий анализ крови, мочи), осмотр врача-терапевта (врача общей практики) или фельдшера, которые проводятся один раз в год, а также флюорографию легких или рентгенографию органов грудной клетки (легких), которые проводятся не реже одного раза в шесть месяцев в рамках проведения профилактических медицинских осмотров в целях выявления туберкулеза.

Оказание медицинской помощи лицам, заключенным под стражу, или осужденным осуществляется структурными подразделениями (филиалами) медицинских организаций, подведомственных ФСИН России, и СИЗО УИС, подчиненных непосредственно ФСИН России, а при невозможности оказания медицинской помощи в медицинских организациях УИС - в иных медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения.

Осужденные направляются:

- в медицинские организации УИС для оказания медицинской помощи в стационарных условиях;
- в лечебные исправительные учреждения УИС - для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях больным туберкулезом, алкоголизмом и наркоманией;
- в учреждения УИС, при которых организованы дома ребенка, - для оказания медицинской помощи осужденным беременным женщинам

и женщинам, совместно с которыми содержатся дети в возрасте до трех лет.

Учитывая правовой статус заключенных, законом предусматриваются дополнительные правила, направленные на предотвращение посягательств заключенного на свою жизнь или жизни окружающих лиц. В частности, лекарственные препараты лицам, заключенным под стражу, или осужденным на руки не выдаются. Прием лекарственных препаратов осуществляется в присутствии медицинского работника. Факт принятия лекарственного средства в то же время фиксируется медицинским работником в листе назначения и подтверждается подписью заключенного [16].

Еще одним нормативно-правовым актом выступает Приказ Минюста РФ от 09.08.2011 N 282 "Об утверждении Порядка проведения медицинского осмотра перед переводом осужденных в помещения камерного типа, единые помещения камерного типа, одиночные камеры, а также водворением в штрафные и дисциплинарные изоляторы и выдачи медицинского заключения о возможности нахождения в указанных помещениях по состоянию здоровья" [31].

Перевод осужденных в помещения камерного типа, единые помещения камерного типа и одиночные камеры, а также водворение в штрафные и дисциплинарные изоляторы производится только после проведения медицинского осмотра осужденного и выдачи врачом, а при его отсутствии фельдшером медицинского заключения.

Медицинский осмотр осужденного проводится незамедлительно после доведения до начальника медицинского подразделения постановления о применении к осужденному взыскания. При отсутствии начальника медицинского подразделения постановление о применении к осужденному взыскания доводится до дежурного врача (фельдшера).

При проведении медицинского осмотра изучаются жалобы осужденного, медицинская карта, проводится медицинский осмотр и при необходимости - дополнительные методы исследований. Полученные

результаты в установленном порядке фиксируются в медицинской карте и сообщаются осужденному.

Данная мера предусмотрена для защиты осужденного и направлена на выявление заболеваний, препятствующих помещению заключенного в помещения специального назначения. Перед перемещением лица медицинскому работнику необходимо удостовериться, что здоровье осужденного не ухудшится в связи с отбыванием взыскания в специальных, более жестких условиях, а также, что состояние осужденного позволит его перевести без угрозы другим лицам, пребывающим в специализированных помещениях.

3.2 Реализация права на охрану здоровья и медицинскую помощь инвалидами и детьми-инвалидами

Особой группой населения выступают граждане, имеющие статус «инвалид» и «ребенок-инвалид». Это те категории граждан, которые нуждаются в особой защите, законодательно закрепленной в ФЗ "О государственной социальной помощи" и в ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Понятие данных терминов даются в ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», согласно данному закону: «инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты» [42].

В зависимости от степени расстройства функций организма лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория "ребенок-инвалид".

Государственная социальная помощь - предоставление малоимущим семьям, малоимущим одиноко проживающим гражданам, а также иным

категориям граждан, социальных пособий, социальных доплат к пенсии, субсидий, социальных услуг и жизненно необходимых товаров [48].

Согласно ФЗ «О государственной социальной помощи», право на наборы услуг в рамках социальной защиты имеют, в частности, следующие категории лиц:

- инвалиды войны;
- инвалиды;
- дети-инвалиды.

Этим категориям граждан могут быть предоставлены следующие услуги:

- обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи необходимыми лекарственными препаратами для медицинского применения, по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия;
- обеспечение специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов;
- предоставление при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение;
- бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», в свою очередь, конкретизирует вышеуказанные меры поддержки, а также содержит дополнительные:

- помощь в реабилитации инвалидов (восстановлении способностей и навыков, необходимых в повседневной жизни);
- помощь в абилитации инвалидов (формирование способностей и навыков, необходимых в повседневной жизни);

- медицинские и бытовые услуги на дому либо в стационарных организациях;
- обеспечение бытовыми приборами, тифло-, сурдо- и другими средствами, необходимыми им для социальной адаптации [42].

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 13.02.2015 N 123 "Об утверждении Правил внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти", инвалиды войны могут получать внеочередную медицинскую помощь, а именно:

- прием на амбулаторное лечение;
- госпитализация и прием на стационарное лечение;
- прием на услуги высокотехнологической помощи и другие услуги без ожидания вне очереди в связи с получением увечий в связи мероприятиями по защите Родины [35].

В связи с состоянием здоровья, а также вызванными им ограничениями в жизнедеятельности, инвалиды получают наравне с общим для всех объемом медицинской помощи еще и дополнительную социальную защиту, которая, в свою очередь, также устанавливает дополнительные условия предоставления медицинской помощи.

3.3 Реализация права на охрану здоровья и медицинскую помощь лицами с онкологическими заболеваниями

Одной из существенных проблем сферы здравоохранения на данный момент остается медицинская помощь лицам, больным онкологическими заболеваниями. Это связано с множеством причин:

- недостаток специализированных онкологических больниц (данная ситуация частично решена в связи с вводом в систему медицинских учреждений ЦАОПов – Центров амбулаторной онкологической помощи);
- недоступность дорогостоящих лекарственных средств;
- недоступность иностранных лекарственных средств;
- недоступность высокотехнологической помощи в регионах РФ и другие.

Ключевым нормативно-правовым актом в сфере обеспечения медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями выступает Приказ Минздрава России от 19.02.2021 N 116н (ред. от 24.01.2022) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях" [32].

Согласно указанному закону, медицинская помощь пациентам оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- паллиативной медицинской помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-онкологом в центре амбулаторной онкологической помощи, а при его отсутствии в первичном онкологическом кабинете или поликлиническом отделении онкологического диспансера (онкологической больницы) и включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению онкологических заболеваний и медицинской реабилитации.

Основными функциями ЦАОП являются:

- оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи взрослым

- пациентам с онкологическими заболеваниями или с подозрением на онкологические заболевания;
- оказание методической помощи по планированию и организации профилактической работы, включающей методологическую помощь медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе в части раннего выявления онкологических заболеваний;
 - диагностика онкологических заболеваний, включая установление распространенности онкологического процесса и стадии заболевания;
 - направление пациентов с онкологическими заболеваниями в онкологический диспансер или медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями, на взятие биопсийного (операционного) материала, в случае невозможности взятия в медицинской организации, в составе которой организован центр амбулаторной онкологической помощи, проведения иных диагностических исследований или для оказания специализированной медицинской помощи;
 - организация и проведение диспансерного наблюдения за пациентами с онкологическими и предопухолевыми заболеваниями;
 - лечение пациентов с онкологическими заболеваниями, в том числе проведение противоопухолевой лекарственной терапии, в соответствии с решением консилиума врачей;
 - осуществление динамического наблюдения за пациентами с онкологическими заболеваниями, получающими лекарственную противоопухолевую терапию, контроль лабораторных показателей, при развитии токсических реакций - своевременное направление пациентов в онкологический диспансер или в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями;

- осуществление оценки эффективности и переносимости проводимого лечения с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования и другое [38].

Новый порядок оказания медпомощи взрослому населению при онкологических заболеваниях необходим для совершенствования работы онкологической службы и приведения процесса оказания помощи к современным стандартам, а также обеспечения преемственности оказания медицинской помощи на всех этапах [27].

Порядок закрепляет четкий маршрут пациента от первичного обращения до центра паллиативной помощи, что позволяет пациенту четко понимать, куда необходимо пошагово обращаться. Также он предусматривает сроки предоставления медицинской помощи, в том числе высокотехнологической, возможность проведения сложной диагностики как инструментальной, так и лабораторной.

Исходным обязательным этапом выступает первичная медико-санитарная помощь, которая включает мероприятия по профилактике, диагностике и лечению онкологических заболеваний, а также медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первым этапом при выявлении онкологического заболевания выступает первичная доврачебная медико-санитарная помощь, которая оказывается фельдшером (акушеркой), другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием и включает мероприятия по профилактике, диагностике онкологических заболеваний, а также проведение мероприятий скрининга.

Вторым этапом становится первичная врачебная медико-санитарная помощь, которая осуществляется врачом-терапевтом, врачом общей практики в том медицинском учреждении, где прикреплен пациент. При наличии подозрений на онкологическое заболевание, терапевт направляет пациента к врачу-специалисту.

Третий этап - первичная специализированная медико-санитарная помощь, которая оказывается онкологом на основании направления на консультацию от врача-терапевта, выявившего подозрительные отклонения в состоянии здоровья пациента.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-онкологом в центре амбулаторной онкологической помощи, а при его отсутствии в первичном онкологическом кабинете или поликлиническом отделении онкологического диспансера (онкологической больницы) и включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению онкологических заболеваний и медицинской реабилитации.

Врач-онколог центра амбулаторной онкологической помощи (первичного онкологического кабинета) направляет пациента в онкологический диспансер (онкологическую больницу) или иную медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями [49].

Четвертый этап – специализированная медико-санитарная помощь в рамках субъекта Федерации осуществляется в рамках онкологической больницы/ онкологического диспансера, где оказывается медицинская, в том числе высокотехнологическая помощь онкологическим больным, а также проводятся реабилитационные мероприятия, санитарно-курортное лечение при наличии показаний, а также паллиативная помощь.

Пятый этап – специализированная медико-санитарная помощь в рамках ведущих онкоцентров Российской Федерации, научно-исследовательских институтов онкологии, химиотерапевтического лечения, радиологии, гематологии и других отраслей.

Также медицинская помощь пациентам может быть оказана с применением телемедицинских технологий путем организации и проведения консультаций и (или) участия в консилиуме врачей в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением

телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой

Таким образом, законом предусматриваются дополнительные меры, которые направлены на помощь лицам из особо уязвимых групп. Эти меры включают в себя поддерживающие мероприятия, упрощение маршрутизации пациентов, доступность высокотехнологической помощи, доступность лекарственных средств, в том числе иностранного производства, а также иные.

Заключение

Право на охрану и защиту здоровья является одним из базовых прав человека в Российской Федерации, закрепленных непосредственно в основном законе страны – Конституции РФ.

Вопрос содержания права на охрану здоровья активно разрабатывался еще в советский период развития российского права, именно тогда стало ясно, что данное право необходимо рассматривать как совокупность определенных правомочий. Перечень таких правомочий законодательно закреплен не был, однако ученые непрестанно выдвигали свои версии содержания права на охрану здоровья.

Право на охраны здоровья и медицинскую помощь представляет собой систему правомочий в сфере здравоохранения, направленных на защиту здоровья человека, обеспечения надлежащего лечения и ной медицинской помощи в целях поддержания максимально возможного уровня здоровья, а, соответственно, и жизни.

Законом предусмотрен широкий спектр таких прав при полном отсутствии корреспондирующих обязанностей, потому что медицинская помощь в России, в отличие от иных стран, носит безусловный характер, ограниченный лишь перечнем услуг, финансируемых системой обязательного медицинского страхования. В ОМС входя только наиболее важные и первостепенные исследования и услуги, а не все возможные, что связано с ограниченностью финансирования.

Разумеется, пациенты имеют возможность получить в рамках программы ОМС и высокотехнологичную помощь, однако некоторые способы лечения не входят в нее, поэтому врачи должны предложить иную доступную на безвозмездной основе альтернативу, даже при условии более низкой ее эффективности и потенциальном ухудшении уровня жизни.

Охватить все возможные инновационные способы медицинской помощи невозможно, однако законодатель ежегодно меняет список доступной по ОМС

помощи, включая все более новые и эффективные меры, что позволяет говорить о прогрессивном развитии отечественного здравоохранения.

Невозможно говорить о наличии и действительности того или иного права в отдельности от правовой системы, так как само по себе упоминание правомочия в законе – не более чем формальное закрепление постулата. Для обеспечения любого права человека и гражданина государство должно предусмотреть систему гарантий, то есть тех принципов и положений, благодаря которым обеспечивается правомочие.

Само понятие гарантий можно рассматривать с двух сторон. С одной стороны, в широком смысле – это закрепленные законом нормы, которые обеспечивают соблюдение права на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также устанавливают ответственность за нарушение указанного права. С другой, в узком смысле – это законодательно закрепленная программа, в рамках которой перечисляются виды и способы доступной бесплатно помощи и указаны основания ее предоставления.

В первом случае можно выделить несколько видов гарантий:

- юридические гарантии – формально закрепленные нормы, которые фиксируют права и обязанности физических лиц, юридических лиц и государственных органов в сфере здравоохранения, а равно юридическую ответственность за нарушение прав и невыполнение обязанностей.
- финансовые гарантии – предусмотренные законом источники финансирования, оплата труда медицинских работников, осуществляющих бесплатную медицинскую помощь и другое;
- организационно-хозяйственные гарантии – предоставление помещений под медицинские учреждения, благоустройство территории, инновации и оборудование, обеспечение персоналом и другое.

Право на медицинскую помощь в России декларировано большим перечнем как общих, так и специализированных нормативно-правовых актов по разновидностям медицинской помощи.

Основными нормативно-правовыми актами в указанной сфере выступают, конечно же Конституция РФ, ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Именно указанные акты закрепляют основы правового регулирования сферы здравоохранения, тогда как иные акты лишь конкретизируют их положения.

В связи с этим, данная сфера характеризуется большим количеством подзаконных актов, мы рассмотрели лишь некоторые из них, которые закрепляют процедурные моменты, что говорит о сложности системы здравоохранения РФ.

Сейчас сложилась общемировая тенденция обязательности оказания срочной медицинской помощи всем нуждающимся лицам, независимо от пола, возраста, национальной принадлежности, гражданства и других признаков в целях гарантии права каждого человека на жизнь, которое принадлежит каждому от рождения.

При этом, в сфере обеспечения права человека на медицинскую помощь и охрану здоровья, несмотря на закрепления соответствующего права на международном и региональном уровне, все еще не искоренены проблемы:

- доступность медицинской помощи (отсутствие медицинского персонала в городах, селах, а иногда и в целых районах, недоступность скорой медицинской помощи в связи с отсутствием в ближайшем окружении подстанций скорой помощи);
- защита прав отдельных категорий граждан (сложность оформления инвалидности, в связи с чем многие пациенты, фактически утратившие трудоспособность из-за болевого синдрома, панических атак и отягощенного психического статуса, не могут получить инвалидность и соответствующие выплаты, а лица с хроническими

заболеваниями/травмами, например, с ампутированными конечностями, вынуждены ежегодно доказывать свое право на государственную поддержку)

- ограниченность паллиативной помощи (сложные процедуры получения наркотических обезболивающих, недостаток учреждений, где бесплатно осуществляется паллиативная помощь);
- доступность среды (отсутствие рабочих лифтов, пандусов, территории для свободного передвижения, надписей шрифтом Браиля) и другое.

Эти проблемы еще только предстоит решить. Однако уже сейчас законом предусматриваются дополнительные меры, которые направлены на помощь лицам из особо уязвимых групп. Эти меры включают в себя поддерживающие мероприятия, упрощение маршрутизации пациентов, доступность высокотехнологической помощи, доступность лекарственных средств, в том числе иностранного производства, а также иные.

Сейчас государство реализует специальную политику, направленную на обеспечение доступности лечения и упрощения всех процедур, кроме того, изменяются и средства социальной защиты, которые делают медицинскую помощь также доступнее. Все это позволяет судить о развитии сфере здравоохранения и больших усилиях со стороны государства в данной сфере в целях обеспечения всеобщности права на охрану здоровья.

Список используемой литературы и используемых источников

1. Абаева О.П. Научное обоснование и пути оптимизации реализации прав пациента в Российской Федерации. дис. ... д-ра мед. наук / ГОУВПО «Первый МГМУ им. Сеченова». Москва. 2019: 275 с.
2. Александрова Г.А., Голубев Н.А., Тюрина Е.М. и др. Социально-значимые заболевания населения России в 2019 году (статистические материалы)//. Москва. – РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ Минздрава России». – 2020. 77 с.
3. Андрианова В.В., Довнар А.Н. Обеспечение врачебной тайны при оказании медицинской помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья: законодательное регулирование и проблемы правоприменения // Право и государство: теория и практика. 2021. №4 (196). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obespechenie-vrachebnoy-tauny-pri-okazanii-meditsinskoj-pomoschi-litsam-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya-zakonodatelnoe> (дата обращения: 24.05.2023).
4. Антоненко А.Ф. Конституционное право граждан на медицинскую помощь: содержание и проблемы реализации// Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - М. - 2016. - 25 с.
5. Афанасьева Е.Г. Право на информированное согласие как основа юридического статуса пациента// Современное медицинское право в России и за рубежом: сборник научных трудов/ отв. ред. О.Л. Дубовик, Ю.С.Пивоваров. – Норма. - М. - 2003. - С. 143-156.
6. Багдасарян Д.Х., Барашян Л.Р. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в системе прав человека // Форум молодых ученых. - 2021. - №6 (58). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pravo-na-ohranu-zdorovya-i-meditsinskuyu-pomosch-v-sisteme-prav-cheloveka> (дата обращения: 18.04.2023).
7. Безручко Евгений Валерьевич Право человека на охрану здоровья в международном законодательстве // ЮП. - 2010. - №3. - URL:

- <https://cyberleninka.ru/article/n/pravo-cheloveka-na-ohranu-zdorovya-v-mezhdunarodnom-zakonodatelstve> (дата обращения: 10.03.2023).
8. Блумберг составил мировой рейтинг по уровню здоровья населения. Россия заняла 95-е место // URL.: <https://tass.ru/obschestvo/6156240> (Дата обращения: 01.06.2021)
 9. Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948)// официальный сайт Организации объединенных наций. – 1996-2023. - URL: <https://www.ohchr.org/ru/human-rights/universal-declaration/translations/russian?LangID=rus> (дата доступа 12.02.2023).
 10. Декларация Организации Объединенных Наций о правах коренных народов Принята резолюцией 61/295 (Генеральной Ассамблеи от 13 сентября 2007 года)// СПС Консорциум Кодекс (дата доступа: 01.03.2023).
 11. Еникеев О.А. Конституционное право на медицинскую помощь: теория и практика: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. - М.,- 2009. - С. 18.
 12. Закон РФ от 28.06.1991 N 1499-1 (ред. от 24.07.2009) "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"// СПС Консультант Плюс – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_441501/ (дата доступа: 01.03.2023).
 13. Камаев И. А., Хлапов А. Л., Першина Н. К., Тарасов В. В. Реализация конституционного права человека на медицинскую помощь // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2019. - №3. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/realizatsiya-konstitutsionnogo-prava-cheloveka-na-meditsinskuyu-pomosch> (дата обращения: 24.05.2023).
 14. Капралова Е.В., Сергеева Е.С. Конституционное право граждан на охрану здоровья: его содержание и законодательное обеспечение // Вестник ННГУ. - 2011. - №1. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/konstitutsionnoe-pravo-grazhdan-na-ohranu>

- zdorovya-ego-soderzhanie-i-zakonodatelnoe-obespechenie (дата обращения: 06.04.2023).
15. Кильметова Р.Р., Дзотцоева А.А. Права и обязанности пациентов в сфере охраны здоровья // Аграрное и земельное право. - 2020. - №11 (191). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prava-i-obyazannosti-patsientov-v-sfere-ohrany-zdorovya> (дата обращения: 18.04.2023).
16. Клещев С.Е., Ефремова Д.В. Право осужденного на медицинскую помощь // Вестник Самарского юридического института. - 2019. - №5 (36). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pravo-osuzhdenного-na-meditsinskuyu-pomosch> (дата обращения: 24.05.2023).
17. Комарова Н.Н. Конституционное право граждан СССР на охрану здоровья // Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - Саратов, - 1989. - 20 с.
18. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (Заключена 18.12.1979) (с изм. от 22.05.1995) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_441501/ (дата доступа: 01.03.2023).
19. Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_441501/ (дата доступа: 01.03.2023).
20. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата доступа: 01.03.2023).
21. Крюкова А.А., Александрова О.Ю. Права пациента, неспособного выразить свою волю в условиях реанимации // Общая реаниматология. - 2017. - №6. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prava-patsienta-nesposobного-vyrazit-svoyu-volyu-v-usloviyah-reanimatsii> (дата обращения: 24.05.2023).

22. Масляков В.В., Портенко Н.Н. Права пациентов на информацию в современном законодательстве // Вестник Марийского государственного университета. Серия «Исторические науки. Юридические науки». 2016. №4 (8). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prava-patsientov-na-informatsiyu-v-sovremennom-zakonodatelstve> (дата обращения: 24.05.2023).
23. Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (Заключена 21.12.1965) (с изм. от 15.01.1992)// URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_441501/ (дата доступа: 01.03.2023).
24. Международная конвенция о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей (принята резолюцией 45/158 Генеральной Ассамблеи ООН от 18 декабря 1990 г.)// СПС Гарант (дата доступа: 01.03.2023).
25. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Принят 16.12.1966 Резолюцией 2200 (XXI) на 1496-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН)// официальный сайт Организации объединенных наций. – 1996-2023. - URL: <https://www.ohchr.org/ru/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights> (дата доступа 12.02.2023).
26. Настепанина Анастасия Анатольевна Гарантии и способы защиты права граждан на охрану здоровья в Российской Федерации // Северо-Кавказский юридический вестник. - 2016. - №4. - 110-115 - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/garantii-i-sposoby-zaschity-prava-grazhdan-na-ohranu-zdorovya-v-rossiyskoj-federatsii> (дата обращения: 08.05.2023).
27. Орцханова Т.М., Демьянов В.Н. Правовые и иные смежные аспекты по вопросу оказания медицинской помощи онкобольным в условиях рисков распространения и противодействия коронавирусной инфекции (сovid-19) и ее штаммам: «на стыке» профессиональных воззрений и опыта // Актуальные проблемы государства и права. - 2023. - №25. - С.

- 46-59 - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pravovye-i-inye-smezhnye-aspekty-po-voprosu-okazaniya-meditsinskoj-pomoschi-onkobolnym-v-usloviyah-riskov-rasprostraneniya-i> (дата обращения: 24.05.2023).
28. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021 № 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок"// URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_441501/ (дата доступа: 01.03.2023).
29. Постановление Правительства РФ от 29.12.2022 N 2497 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов"// Консультант Плюс <https://login.consultant.ru/link/?req=doc&demo=2&base=LAW&n=436688&dst=100025&date=08.05.2023>
30. Приказ Минюста России от 28.12.2017 N 285 (ред. от 31.01.2020) "Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, заключенным под стражу или отбывающим наказание в виде лишения свободы" (Зарегистрировано в Минюсте России 09.02.2018 N 49980)// URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_441501/ (дата доступа: 01.03.2023).
31. Приказ Минюста РФ от 09.08.2011 N 282 "Об утверждении Порядка проведения медицинского осмотра перед переводом осужденных в помещения камерного типа, единые помещения камерного типа, одиночные камеры, а также водворением в штрафные и дисциплинарные изоляторы и выдачи медицинского заключения о возможности нахождения в указанных помещениях по состоянию здоровья" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 30.08.2011 N 21714)//

- http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_119010/ (дата доступа: 01.03.2023).
32. Приказ Минздрава России от 19.02.2021 N 116н (ред. от 24.01.2022) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях" (Зарегистрировано в Минюсте России 01.04.2021 N 62964)// <http://www.consultant.ru> (дата доступа: 01.03.2023).
33. Принципы Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей (Приняты резолюцией 46/91 Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1991 года)// СПС Консорциум Кодекс (дата доступа: 01.03.2023).
34. Рудинский Ф.М. Жизнь и здоровье советского человека как объект конституционной охраны// Советское государство и право. – 1979. – М. – 111 с.
35. Рябова К.А. Система социального страхования и социального обеспечения в России // SAF. - 2020. - №19. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sistema-sotsialnogo-strahovaniya-i-sotsialnogo-obespecheniya-v-rossii> (дата обращения: 24.05.2023).
36. Салыгина Е.С. Договорное регулирование отношений в сфере оказания возмездных медицинских услуг// автореферат дис. ... кандидата юридических наук: 12.00.03. – Екатеринбург. - 2016. - 26 с.
37. Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации от 08.01.1997 N 1-ФЗ (ред. от 29.12.2022)//https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_12940/(дата обращения: 24.05.2023).
38. Улумбекова Г.Э., Альвианская Н.В., Петрачков И.В. Организация и финансирование онкологической помощи в РФ В 2018-2024 ГГ // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. - Вестник ВШОУЗ. - 2022. - №1 (27). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-i>

- finansirovanie-onkologicheskoy-pomoschi-v-rf-v-2018-2024-gg (дата обращения: 24.05.2023).
- 39.Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 19.12.2022) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"// http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_119010/ (дата доступа: 01.03.2023).
- 40.Федеральный закон от 17.01.1992 N 2202-1 (ред. от 29.12.2022) "О прокуратуре Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2023)// URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_119010/ (дата доступа: 01.03.2023).
- 41.Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 11.06.2022, с изм. от 13.07.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"// URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_119010/ (дата доступа: 01.03.2023).
- 42.Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 28.12.2022) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"// URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата доступа: 01.03.2023).
- 43.Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 14.07.2022)"Об обращении лекарственных средств»// URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8859/ (дата доступа: 01.03.2023).
- 44.Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ (ред. от 04.11.2022) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"// URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата доступа: 01.03.2023).
- 45.Федеральный закон от 17.09.1998 N 157-ФЗ (ред. от 02.07.2021) "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" URL:

- https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата доступа: 01.03.2023).
46. Филиппов Ю.Н., Абаева О.П., Хитрин М.И. Современные аспекты реализации прав пациента на автономию при оказании медицинской помощи в муниципальной больнице и частной медицинской организации // Российская академия медицинских наук. - Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. - 2009; - №3. – С.151–155.
47. Хусаинова Д.К., Штейн Е.В., Зигангареева Г.Г. Нормативно-правовая основа системы обеспечения доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения на примере медицинской организации офтальмологического профиля // Менеджер здравоохранения. - 2021. - №9. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/normativno-pravovaya-osnova-sistemy-obespecheniya-dostupnoy-sredy-dlya-invalidov-i-drugih-malomobilnyh-grupp-naseleniya-na-primere> (дата обращения: 24.05.2023).
48. Хусайнова Д.К., Зигангареева Г.Г. Нормативно-правовое регулирование посещений в медицинских организациях // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2021. - №3 (71). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/normativno-pravovoe-regulirovanie-posescheniy-v-meditsinskih-organizatsiyah> (дата обращения: 24.05.2023).
49. Шипова В.М., Корецкий С.Н., Васютин К.А. Изменения штатно-нормативного обеспечения оказания онкологической помощи в Российской Федерации // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. - 2021. - №3 (25). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/izmeneniya-shtatno-normativnogo-obespecheniya-okazaniya-onkologicheskoy-pomoschi-v-rossiyskoy-federatsii> (дата обращения: 24.05.2023).
50. Яценко Д. С. Отдельные аспекты обеспечения права на охрану здоровья заключенных в федеральных тюрьмах США // Вестник Самарского юридического института. 2022. №3 (49). URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/otdelnye-aspekty-obespecheniya-prava-na-ohranu-zdorovya-zaklyuchennyh-v-federalnyh-tyurmah-ssha> (дата обращения: 24.05.2023).

51. Travis J., Western B., Redburn S. The Growth of Incarceration in the United States: Exploring Causes and Consequences. The National Academies Press. Washington, 2014. 464 с. [Электронный ресурс]. URL: https://www.researchgate.net/publication/277022196_The_Growth_of_Incarceration_in_the_United_States_Exploring_Causes_and_Consequences (дата обращения: 01.05.2023).