

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 направления подготовки / специальности)

Государственно-правовая

(направленность (профиль) / специализация)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (ДИПЛОМНАЯ РАБОТА)

на тему Конституционные и административно-правовые механизмы обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации

Обучающийся

И.А. Романов

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

к.ю.н., доцент А.А. Иванов

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

Тольятти 2023

Аннотация

Тема исследования: «Конституционные и административно-правовые механизмы обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации».

Актуальность исследования заключается в необходимости проведения широкого перечня мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи в системе здравоохранения, признанной обеспечить потребности населения. В условиях реформирования здравоохранения требуется разработка мер по стабилизации и развитию системы охраны здоровья населения и оказания медицинской помощи.

Объектом исследования являются общественные отношения, возникающие между гражданами и государством при оказании медицинской помощи. Предметом исследования выступают нормы Российского законодательства и положения, содержащиеся в подзаконных нормативных актах РФ, регулирующие медицинскую помощь в РФ, а так же научная и учебная литература.

Цель работы – исследовать конституционные и административно-правовые механизмы обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации. Данная цель определяет постановку следующих задач: исследовать историю здравоохранительного законодательства в России; изучить основные аспекты развития российского законодательства об охране здоровья граждан на современном этапе; охарактеризовать пациента как субъекта медико-правовых отношений; исследовать права отдельных групп населения в области охраны здоровья; выделить основные проблемы судебной защиты прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь; обозначить проблемы привлечения к ответственности медицинских работников и учреждений.

Структура. Работа состоит из введения, трех глав и шести параграфов, заключения и списка используемой литературы и используемых источников.

Объем работы составляет 72 печатных листа.

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретико-исторические аспекты развития законодательства в области обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации	7
1.1 История здравоохранительного законодательства в России	7
1.2 Основные аспекты развития российского законодательства об охране здоровья граждан на современном этапе	15
Глава 2 Характеристика конституционных и административно-правовых механизмов обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации	24
2.1 Пациент - как субъект медико-правовых отношений	24
2.2 Права отдельных групп населения в области охраны здоровья	30
Глава 3 Проблемы реализации прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь	41
3.1 Основные проблемы судебной защиты прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь	41
3.2 Проблемы привлечения к ответственности медицинских работников и учреждений здравоохранения	46
Заключение.....	64
Список используемой литературы и используемых источников.....	67

Введение

Согласно Конституции Российской Федерации (ст. 2) высшей ценностью признается человек, его права и свободы, признание, соблюдение и защита которых является прямой обязанностью государства. Одно из важнейших прав человека – право человека на жизнь – неотчуждаемо и принадлежит ему от рождения (ст. 20 Конституции РФ). В соответствии со ст. 41 Конституции РФ, каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Актуальность исследования заключается в том, что сложные социально-экономические условия жизни для большинства населения России с начала 90-х годов привели к ухудшению состояния его здоровья. Современное российское общество переживает непростой этап своего развития. Изменения, происходящие в социуме, сказываются на деятельности всех социальных институтов и, в частности, медицины.

Реформы, проведенные в начале 1990-х годов в России, существенно повлияли на общественную жизнь и здравоохранение. Переход от государственной к бюджетно-страховой системе здравоохранения стал одним из ключевых моментов, который потребовал нового взгляда на качество медицинской помощи и общественный контроль в этой сфере. Ранее всеобщее равенство и количественные показатели функционирования медицинских учреждений были в центре внимания, исходя из принципа доступности медицинской помощи для всех граждан [20]. Однако, с переходом к бюджетно-страховой системе, стали актуальными и другие вопросы, связанные с качеством оказываемой медицинской помощи и общественным контролем.

Качество медицинской помощи стало важным аспектом, поскольку граждане начали обращать внимание не только на наличие медицинских учреждений, но и на качество предоставляемых услуг. Это означает, что

помимо доступности медицинской помощи, стал появляться спрос на ее эффективность, безопасность и результативность.

Также появилась необходимость в общественном контроле за оказанием первичной медицинской помощи. Общественный контроль является важным механизмом, позволяющим гражданам контролировать качество и эффективность медицинской помощи, а также правильность расходования средств.

Наряду с этим, негативные явления в здоровье населения, сложность медико-демографической ситуации в стране обусловлены недостаточным финансированием здравоохранения, снижением уровня управляемости системой охраны здоровья населения.

Проблема исследования заключается в необходимости проведения широкого перечня мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи в системе здравоохранения, признанной обеспечить потребности населения. В условиях реформирования здравоохранения требуется разработка мер по стабилизации и развитию системы охраны здоровья населения и оказания медицинской помощи.

Объектом исследования являются общественные отношения, возникающие между гражданами и государством при оказании медицинской помощи. Предметом исследования выступают нормы Российского законодательства и положения, содержащиеся в подзаконных нормативных актах РФ, регулирующие медицинскую помощь в РФ, а так же научная и учебная литература.

Цель работы – исследовать конституционные и административно-правовые механизмы обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации.

Данная цель определяет постановку следующих задач:

- исследовать историю здравоохранительного законодательства в России;

- изучить основные аспекты развития российского законодательства об охране здоровья граждан на современном этапе;
- охарактеризовать пациента как субъекта медико-правовых отношений;
- исследовать права отдельных групп населения в области охраны здоровья;
- выделить основные проблемы судебной защиты прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- обозначить проблемы привлечения к ответственности медицинских работников и учреждений.

Методология. При написании работы использовались следующие методы научного познания: метод анализа и обобщения, исторический, логический, формально-юридический методы исследования.

Все методы использовались системным и комплексным образом, что призвано было способствовать наиболее полному раскрытию заявленной темы исследования.

Структура. Работа состоит из введения, трех глав и шести параграфов, заключения и списка используемой литературы и используемых источников.

Глава 1 Теоретико-исторические аспекты развития законодательства в области обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации

1.1 История здравоохранительного законодательства в России

Первые работники системы здравоохранения появились в глубокой древности; уже в древнем мире возникали правоотношения, которые, с позиции сегодняшнего дня, мы могли бы определить в качестве правоотношений в области обеспечения прав человека на охрану здоровья. Профессионализм древних работников здравоохранения заключался в том, что они изучали различные аспекты медицины, включая анатомию, фармакологию и методы лечения. Был определен и правовой статус медицинского работника. Например, им могло быть запрещено практиковать медицину, если пациент умер в результате их действий.

Гиппократ разработал Гиппократическую клятву, которая стала основой медицинской этики. Клятва обязывает врачей придерживаться определенных принципов, включая защиту жизни и конфиденциальность пациентов.

В Римской империи также существовали законы, регулирующие практику медицины и ответственность врачей. Римляне приложили значительные усилия для улучшения медицинской практики и создания условий для доступного лечения. Они создали первые государственные больницы, где пациенты могли получать бесплатное лечение.

Интересно отметить, что эти древние цивилизации оказали сильное влияние на формирование современного медицинского законодательства. Многие современные этические принципы и стандарты были определены еще тысячи лет назад, и они до сих пор остаются важными основами медицинской этики и правовой практики.

Древние нормативные акты медицинского права представляют большой интерес и позволяют нам посмотреть на развитие медицинской практики и отношений между врачами и пациентами в историческом контексте.

В соответствии с клятвой древний врач должен был действовать в наилучшем интересе пациента. Эти принципы отражают основные этические принципы, которыми полагается руководствоваться врачам сегодня.

Клятва помогает усилить этические стандарты в медицине и напоминает врачам об их обязательствах по отношению к пациентам.

Другой известный документ древности – Кодекс Хаммурапи – действительно является одним из первых известных примеров медицинского права в истории. Он был составлен в Древней Месопотамии примерно в XVIII веке до нашей эры и включал множество законов и норм, предназначенных для регулирования различных сфер жизни общества того времени.

Что касается медицины, Кодекс Хаммурапи устанавливал ответственность врачей за ошибки и неправильное лечение пациентов.

Врачи были принуждены выполнять свои обязанности с должной осторожностью и профессионализмом. Анализ соответствующего законодательства показывает, что даже в древние времена существовало осознание необходимости регулирования медицинской практики и защиты прав пациентов [17, с. 76].

«Концептуально, Кодекс Наполеона не содержал специальных статей, посвященных медицинскому праву. Однако есть некоторые положения кодекса, которые касались медицинских вопросов и по которым можно судить о медицинском праве:

- статья 16: Законы, касающиеся гражданского состояния и права собственности, применяются к иностранцам, находящимся на территории Франции;

- статья 17: Никакой закон не может быть отменен или изменен судьей, и никто не может быть осужден, кроме тех, кто нарушает закон, установленный до совершения преступления;
- статья 1384: каждый обязан возместить ущерб, причиненный своим небрежным поведением, будь то личное действие или действие тех, за кого он отвечает;
- статья 1385: кто бы ни был владельцем здания, он несет ответственность за ущерб, причиненный недостатком его строительства или сохранения» [17, с. 76].

«С течением времени медицинское право развивалось и совершенствовалось, и в настоящее время оно является важной областью права, которая регулирует практику медицины и обязанности врачей. В древности контроль за медицинской сферой осуществлялся различными способами, в зависимости от культуры и эпохи. Например, в Древнем Египте медицинское образование было доступно только представителям верховной элиты, и медицинские знания передавались из поколения в поколение. В Древней Греции медицинское образование было более доступно, и многие врачи получали обучение в специальных медицинских школах. Контроль за качеством медицинской помощи осуществлялся через обязательную регистрацию врачей и наказание за непрофессиональное поведение. В средневековой Европе медицинская практика была тесно связана с церковью, и врачи должны были проходить обучение в монастырях. Контроль за медицинской практикой осуществлялся через церковные суды и местные власти» [36, с. 96].

В древнерусском государстве лечебному делу положили основы лекари, которые передавали свой опыт от поколения к поколению. Лечение и забота о здоровье людей были востребованы и признавались как важные обязанности в обществе.

Законодательное положение, которое предусматривало выплату «взятки» целителю за лечение, было своего рода механизмом защиты прав

пострадавших и справедливого возмещения ущерба. Если лицо причинило вред здоровью другому, то оно должно было не только оплатить расходы на лечение пострадавшего, но и уплатить штраф в казну. Это свидетельствует о том, что существовало довольно развитое понимание ответственности и компенсации за причиненный вред.

Однако стоит отметить, что в то время медицина была основана на опыте и традициях, и отсутствовала научная база, которая существует сегодня. Лекари-ремесленники использовали травы, настои, мази и другие приемы в лечебной практике, которые накопились за долгие годы опыта и передавались от поколения к поколению. Это была важная составляющая медицины того времени, и эти знания с успехом применялись в практике.

Сегодня мы имеем доступ к современным методам лечения и научным исследованиям, которые предоставляют нам глубокое понимание диагностики и лечения множества заболеваний. Но история развития лечебного дела, включая ремесленную медицину древнерусского государства, является важной частью нашего наследия и помогает нам понять, как эволюционировала медицина со временем.

Для лечения целители использовали набор лекарственных средств растительного, минерального и животного происхождения: травы, кору, плоды, семена, бобровую струю, мед, кобылье молоко и др. Целители того времени уже могли проводить ряд манипуляций с человеческим телом: трепанацию мозга, кровопускание, обработали раны и травмы. Поскольку медицина на Руси была развита меньше, чем в других странах, киевские князья приглашали иностранных профессиональных врачей для лечения своих близких. Некоторые врачи бесплатно помогали людям, которые нуждались в лечении. Чтобы улучшить свои навыки, князья отправляли своих бойцов за границу. «Киево-Печерский Патерик» указывает, какими моральными и нравственными качествами должен руководствоваться врач при работе с пациентом [16, с. 60].

Отличие России от Западных стран заключается не в столь выраженной привязанности к монастырям, поскольку помимо целителей и профессиональных врачей-монахов, свободно работали светские целители. Появление парных и бань сыграло значительную роль в развитии русской народной медицины. Несмотря на то, что бани в России не являются исконно русским изобретением, именно они в нашей стране занимали особое место. Это деревянные срубы, где люди не только мылись, но и, благодаря стерильности помещения, принимали роды, лечились, делали массаж, пускали кровь.

Для лечения монахов и пришлых, бедных, калек при монастырях стали устраиваться больничные палаты и больницы в крупных городах (в Киеве, Новгороде, Переславле и др.). В Киевской Руси, как и во многих других странах, свирепствовали страшные эпидемии, уносившие огромное количество жизней. Большие потери понесли такие города, как Смоленск, Великий Новгород и другие города России. Высокая смертность стимулировала организацию санитарно-противоэпидемических мероприятий, в том числе соблюдение чистоты помещений, одежды, тела и т.д.

Развитие медицины в Киевской Руси значительно затормозило монгольское нашествие, оно смогло вновь ускориться только после избавления от монголо-татарского ига [35, с. 43].

В стране развивалось два направления медицины: народная и монастырская, а также лекари в войсках. Вплоть до карантина 1592 г. эпидемии призывали властей применять какие-либо защитные меры. Стали устраивать богадельни и больницы при монастыре. Так, боярин Ртищев устроил больницу в одном из московских подворьев, при царе Федоре Алексеевиче созданы две больницы.

Для развития медицины было необходимо создание центрального органа. При Иване IV была образована аптекарская палата для лечения царской семьи и бояр, а в 1620 г. был создан аптекарский приказ – первое государственное учреждение по здравоохранению. В ведении аптекарского

приказа находились все категории медработников. Аптекарский приказ распределял их по должностям, наблюдал за их работой, проверял записи о лечении больных, ведал делами материального обеспечения врачей.

Аптекарский приказ управлял царской и другими аптеками, сбором и разведением лекарственных растений, покупкой их в других странах, проверял документы и знания приглашенных иноземных врачей при приеме их на службу; назначал во время военных действий врачей в войска; посылал медикаменты в полковые аптеки; определял годность к военной службе, осуществлял судебно-медицинскую экспертизу, проводил противоэпидемические мероприятия. Хотя население предпочитало народных лекарей, так как их помощь стоила гораздо меньше, чем у профессионального врача, появление аптекарского приказа обеспечило увеличение числа русских лекарей, которые свое звание получали после работы подлекарем у докторов и иностранных специалистов. Сложилась своеобразная иерархия медицинского персонала, которая обеспечила упорядоченность в медицинском деле.

Для работы приглашались иноземные фармацевты.

В 1654 г. при Аптекарском приказе была открыта школа для подготовки русских лекарей, которых после окончания направляли в войска, а в позже каждый полк стал иметь своего лекаря. Лекарей обучали использованием таких учебных пособий как травники, зельники, лечебники и т.д. Однако недолгое существование Аптекарского приказа не оказало медицинскому образованию должного влияния.

Медицинское образование процветало в период петровских реформ. Необходимость преобразований росла с развитием армии и формированием военно-морского флота, целью которого была подготовка квалифицированных медицинских кадров. Начало систематическому медицинскому образованию в России было положено в 1707 году. Открытие госпитальной школы при первой постоянной больнице в Москве позволило дать старт медицинскому образованию нового типа, позже эти школы были

преобразованы в медицинские и хирургические школы, а затем в медицинские и хирургические академии, первой из которых была Академия в Санкт-Петербурге. Образовательное учреждение, построенное в 1798 году, в 1881 году стало Военно-медицинской академией.

Медицинский факультет Московского университета был основан в 1755 году, и он стал одним из первых образовательных учреждений в области медицины в нашей стране. Изначально он состоял из трех кафедр: анатомии, физической и фармацевтической химии, а также натуральной истории.

Хотя Московский медицинский факультет был создан в 1755 году, именно Иван Сеченов, выдающийся российский физиолог, начал свою работу в области медицины позже. Он родился в 1829 году и известен как основатель физиологии в России. Сеченов провел много исследований и сделал значительный вклад в понимание нервной системы и ее функционирования.

Также стоит отметить, что в 1784 году в Санкт-Петербургском воспитательном доме была создана акушерская школа. Это было важное событие в развитии акушерства и акушерского образования в России.

А в 1801 году Михаил Рихтер организовал Акушерский институт при Московском госпитале, а также и Акушерский институт при Московском воспитательном доме для блестящих воспитанников.

В первой половине XIX века началась система подготовки военных фельдшеров. Основы систематического фельдшерского образования в России были заложены Положением о военно-фельдшерских школах 1838 года.

В период развития земской медицины особую роль приобрели фельдшерские школы.

Земская медицина в России действительно играла важную роль в организации здравоохранения и принесла значительный вклад в улучшение условий жизни и поддержание здоровья населения.

В конце XIX - начале XX века земские врачи осуществляли широкий спектр медицинских услуг, включая предоставление врачебной помощи, противоэпидемические мероприятия, лечение больных в лечебницах, а также

финансирование и организацию своей деятельности. Это сильно способствовало улучшению гигиенических условий жизни населения и снижению заболеваемости эпидемическими болезнями.

Земская медицина выделялась своей организационной структурой, которая включала самоуправляемые земские учреждения, состоящие из представителей местного населения и врачей.

Этот подход к управлению медициной включал элементы местного управления, что являлось новаторским подходом к тому времени.

Столь широкий и комплексный опыт земской медицины не был повсеместно применен ни в одной стране того времени. Она считается уникальным феноменом исключительно в российской истории.

Изучение и осмысление этого опыта стало важным для современного здравоохранения, так как позволяет посмотреть на возможности местного управления и включить элементы самоуправления и местных инициатив в современные модели организации здравоохранения.

Вся история развития земской медицины – это история возникновения, внедрения и конечной победы развития медицины человека [2, с. 433].

Таким образом, подводя итог вышесказанному, следует сделать вывод о том, что система подготовки медицинского персонала формировалась на протяжении многих столетий и не раз доказывала свою эффективность как в мирное, так и в военное время. Длительное же время формировалась и общая концепция прав человека на охрану здоровья и медицинскую помощь. Зарождение этой концепции мы можем увидеть уже в глубокой древности и первое понимание ее было далеко не совершенным. Но уже в сочинениях авторов Древней Греции и Древнего Рима мы можем увидеть предпосылки того отношения к правам пациента, которые продолжают развиваться и в настоящее время, представляют собой значительное развитие гуманистических идеалов, которые укреплялись в обществе постепенно и медленно на протяжении всей истории его развития.

1.2 Основные аспекты развития российского законодательства об охране здоровья граждан на современном этапе

Медицинское право - это отрасль права, которая регулирует широкий спектр отношений, связанных со здравоохранением и медицинской практикой. Оно обеспечивает юридическую основу для организации и функционирования медицинских учреждений, а также определяет права и обязанности всех сторон этой системы: медицинских работников, пациентов, администрации медицинских учреждений и государства. Главная цель медицинского права – это защита прав пациентов и обеспечение качественной медицинской помощи. Оно ставит перед собой задачу охраны жизни и здоровья людей, а также предотвращения неправомерных действий со стороны медицинских работников. Медицинское право регулирует такие важные аспекты, как права пациента на информированное согласие, конфиденциальность медицинской информации и доступ к медицинской помощи без дискриминации.

Прежде чем перейти к углубленному рассмотрению избранной темы выпускной квалификационной работы, необходимо будет более подробно остановиться на терминологии, которая будет использоваться в рамках данного исследования.

Так, под здоровьем мы будем понимать состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма.

Охрана здоровья граждан это система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными

лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Профилактика - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Лечение - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Медицинская деятельность - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой)

органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности. Положения настоящего Федерального закона, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности.

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Наличие соответствующих определений, которые содержатся в действующем российском законодательстве, предоставляет необходимую терминологическую базу для обсуждения проблем обеспечения качества реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь в России.

Медицинское право включает в себя ряд вопросов, таких как [15, с. 146]: лицензирование и регулирование медицинской практики, ответственность медицинских работников, конфиденциальность медицинской информации и т.д.

«Сегодня контроль за медицинской сферой осуществляется через различные правительственные и неправительственные организации, такие как Министерство здравоохранения РФ, Всемирная организация здравоохранения, а также через профессиональные медицинские

организации. Эти организации контролируют качество медицинских услуг, обучение и лицензирование медицинских работников, а также разработку и внедрение новых медицинских технологий и методов лечения» [10, с. 89].

«Процесс становления и развития такой отрасли права многообещающе планировал урегулировать общественные отношения в отрасли охраны здоровья граждан и успешно реализуется, и функционирует до сих пор, уже многие столетия. Впервые можно заметить отдельные нормы, регулирующие врачебную практику еще в Русской Правде, а также в указах Петра Великого, именно они положили начало развитию отрасли медицинского права как самостоятельной отрасли права. К сожалению, в юридической сфере, вопреки важности и необходимости, нет единого наименования отрасли права (законодательства) в сфере медицины. Именно поэтому, уместно будет использовать несколько терминов – лечебное право, право об охране здоровья, врачебное право и медицинское право» [45, с. 68].

Российское здравоохранение в последние двадцать лет претерпело существенные изменения и развивается с каждым днем. Отрасль здравоохранения находится под постоянным вниманием государства, и проводятся многочисленные мероприятия по ее развитию и совершенствованию.

Важным этапом в преобразовании российского здравоохранения стал процесс формирования самостоятельного правового поля. В рамках этого процесса было разработано и принято значительное количество законодательных актов, которые регулируют деятельность в области права на оказание медицинской помощи. Получив статус самостоятельной отрасли права, здравоохранение получило возможность разрабатывать собственные правила и нормы, учитывающие специфику и нужды данной сферы.

Основные международные нормативные акты, регулирующие общественные отношения в сфере здравоохранения включают в свой состав Всеобщую Декларацию прав человека (1948 год), где говорится о том, 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, также Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966 год).

На территории Российской Федерации в Федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» статье 18 пункте 1 подтверждается факт того, что каждый человек имеет право на охрану здоровья. Более того, в Федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [43] статье 10 подтверждается то, что каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме. «Отдельные виды медицинской деятельности регулируются следующими а федеральными законами Российской Федерации: Законом Российской Федерации от 22.12.1992 №4180-1 «О трансплантации органов и(или) тканей человека», где определяется порядок трансплантации органов и(или) тканей человека с опорой на современные достижения науки и медицинской практики, а также с учетом рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения и Федеральным законом от 20.07.2012 №125-ФЗ «О донорстве крови и её компонентов», который устанавливает правовые, экономические и социальные основы развития донорства крови и её компонентов на территории Российской Федерации с целью организации заготовок, хранения, транспортировки донорской крови и её компонентов, обеспечения её безопасности, клинического использования и передачи для производства лекарственных средств и (или) медицинских изделий, а также охраны здоровья доноров крови и её компонентов, реципиентов и защиты их прав и другие. Часто для дальнейшего развития или проверки какой-либо теории ученым требуется провести испытания лекарственных веществ на человеке. Осознавая необходимость развития науки, государство, тем не менее, стоит на защите здоровья и жизни каждого конкретного человека, а поэтому запрещает проводить эксперименты на людях, без полученного от них или их

законных представителей согласия. Уголовный кодекс России не рассматривает в отдельной статье нарушение данного запрета. Однако существует целый ряд законодательных актов, как международных, ратифицированных в России, так и внутренних, в которых четко прописаны принципы работы специалистов, проводящих подобные опыты. Закон РФ от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» в статье 15. «Недопустимость продажи органов и (или) тканей человека» содержит соответствующее установление. Когда человека побуждают стать донором, то есть имеет место принудительная трансплантология, возбуждается дело по статье 120 УК РФ» [33, с. 46].

«Одним из первых, основополагающих, так сказать, документов по данной проблеме является Нюрнбергский кодекс от 1947 года, которым было запрещено проводить опыт на человеке без его согласия. Но необходимо отметить, что еще задолго до принятия этого документа в Российской империи встречались случаи осуждения врачей, злоупотребивших своими полномочиями. На основе данных правил были разработаны все последующие декларации и конвенции. В частности, Хельсинская декларация 1964 года и ее дополнения (1975, 1983, 1989 и 2000 год), Конвенция о правах человека и биомедицине (1996 год) и дополнительные протоколы к ней (1998, 2002 и 2005 год). Базируются на этих положениях и российские законы. Так, недопущение проведения опытов на человеке без его добровольного согласия закреплено в 21 статье Конституции РФ» [46, с. 7].

Телемедицина является одним из наиболее актуальных направлений современной медицины. В ситуациях, когда физическое присутствие пациента и врача затруднено, телемедицина предоставляет возможность дистанционного оказания помощи и консультаций.

Тем не менее, в России телемедицина вызывает скепсис и споры. Это связано с рядом причин, включая традиционные представления о медицинской помощи, отсутствие четкого законодательного регулирования и недостаточную техническую поддержку.

Однако следует отметить, что телемедицина имеет значительные потенциальные преимущества. Доступность является одним из важных факторов, поскольку она позволяет пациентам получать консультации и помощь от лучших специалистов, несмотря на расстояния и физическое местоположение. Внедрение телемедицины в повседневную жизнь может способствовать улучшению работы системы здравоохранения и ускорению оказания помощи пациентам.

Для успешного развития телемедицины необходимо учесть два ключевых компонента. Во-первых, требуется правильно выстроенное законодательство, которое регулирует дистанционное оказание медицинской помощи и защищает интересы пациентов и врачей. Кроме того, важно обеспечить соответствующую техническую поддержку, которая будет соответствовать современным тенденциям развития технических аспектов в обществе.

Интересно отметить, что некоторые страны уже активно развивают телемедицину и добиваются значительных успехов. Например, в США проводятся исследования, показывающие положительные результаты в области эффективности и качества консультаций, а также улучшения доступности медицинских услуг. В Швеции и других скандинавских странах внедрение телемедицины помогло сократить время ожидания на прием к врачу и повысить доступность медицинской помощи в сельских и отдаленных районах. Таким образом, телемедицина является быстро развивающимся и очевидным вектором модернизации современной медицины. С правильной поддержкой со стороны законодательства и технических инноваций, она может принести значительные пользу и улучшить доступность медицинских услуг для всех пациентов [14, с. 65].

«При качественной поддержке со стороны законодательства, данное направление будет непрерывно развиваться. Телемедицинские технологии уже имеют неплохую нормативную базу. Своё определение они находят в статье 2, пункте 22 ФЗ №323, где под телемедицинскими технологиями

понимаются информационные технологии, обеспечивающие дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента» [47, с. 56].

Как указывается в специальной литературе, «таким образом, телемедицина функционирует в двух направлениях: взаимодействие медицинских работников друг с другом и оказание медицинскими работниками определённых услуг пациентам. Данные плоскости, несомненно, плотно связаны друг с другом, но, тем не менее, имеют различные цели коммуникации. Цель взаимодействия медицинских работников между собой направлена на получения заключения медицинского работника сторонней организации – уточнение диагноза или координирование дальнейшего лечения с предварительным прогнозом. Когда речь идет о взаимодействии пациентов с врачами, то цели совершенно иные. В данном случае происходит сбор информации для постановки диагноза, анализ жалоб и данных анамнеза, а также проведение оценочных мероприятий и принятие решения о необходимости очного осмотра пациента врачом» [40, с. 656]. Телемедицинские технологии базируются на двух основных актах, а именно на Федеральном законе от 21.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан» и приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2017 №965. Дополняют нормативно-правовую базу другие два нормативно-правовых акта: Постановление Правительства РФ от 28.11.2011 № 977 «О федеральной государственной информационной системе «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме».

Специальное законодательство основано на ч. 7 ст. 84 Основ в соответствии с которой порядок и условия предоставления медицинскими услуг пациентам устанавливаются Правительством РФ. Детали выбора врача и медицинской организации прописаны в ст. 21 Федерального закона № 323-ФЗ. Текст Федерального закона № 323-ФЗ сформулирован таким образом, что обязательное наличие согласия врача на его выбор пациентом фактически блокирует право гражданина на выбор врача. Если врач своего согласия не дает, то пациент не может требовать лечения именно у этого врача. Если же врач дает свое согласие, тогда его медицинские отношения с пациентом не следует отягощать формой правоотношения, поскольку они добровольны, по сути, и для их исполнения не требуется наличие правового предписания.

Право на получение консультаций врачей-специалистов, это важное право пациента, поскольку призвано обеспечить принцип коллегиальности лечебно-диагностического процесса. Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата [9, с. 543].

Можно прийти к выводу, что на состояние обеспечения и закрепления права на медицинскую помощь и охрану здоровья в Российской Федерации в настоящее время самое непосредственное влияние оказывают вновь появляющиеся медицинские технологии. В значительной степени, данная проблема связана также с биоэтикой. В определенном смысле этого слова, право на охрану здоровья и медицинскую помощь в современных условиях может рассматриваться не только в качестве социального, но также и в качестве личного права человека. Необходимы постоянные изменения законодательства, которые бы позволили приводить касающееся данного вопроса нормативное регулирование в соответствии с появляющимися в данном отношении технологиями и методами лечения граждан.

Глава 2 Характеристика конституционных и административно-правовых механизмов обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации

2.1 Пациент - как субъект медико-правовых отношений

В механизме конституционного регулирования нормы конституционного права порождают возникновение правовых отношений, посредством которых они получают свое практическое воплощение, «фиксируя» государственную волю в определенной модели поведения субъектов правоотношений [32, с. 8].

По мнению О.К. Коробковой, «услуги здравоохранения представляют собой результат полезной деятельности медицинских и различных реабилитационных организаций, практикующих врачей бюджетного и частного сегментов медицины, и других субъектов индустрии здоровья, направленной на удовлетворение потребностей гражданина и социума в квалифицированной медицинской помощи» [21, с. 66].

Взаимоотношения, складывающиеся между пациентом и медицинской организацией, и регулируются разными нормативными актами, в том числе и Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 №2300-1 [39]. В основных определениях которого пациент выступает не только больным, но и потребителем медицинских услуг.

Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» за пациентом закреплены конкретные права, при этом положения ФЗ «О защите прав потребителей» их расширил, предоставив дополнительные возможности. Например, статьей 84 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрено, что к медицинским услугам на платной основе применяются правовые положения, предусмотренные Федеральным законом «О защите прав потребителей».

К тому же, Пленум Верховного Суда РФ в 2012 году определил в своем постановлении, что при рассмотрении гражданских дел по спорам о защите прав пациентов, как потребителей, необходимо применять правовые нормы ФЗ «О защите прав потребителей» и при предоставлении медицинской помощи по полису обязательного (добровольного) медицинского страхования (далее в тексте ОМС (ДМС)) [4].

То есть, к потребителю относится не только лицо, которое приобрело или заказало товар (работу или услугу) только для личных, семейных и иных нужд, не связанных с ведением предпринимательской деятельности, но и лицо, не имеющее с продавцом (изготовителем или исполнителем) договорных отношений, таким образом, по существу, мы говорим о договоре в пользу третьих лиц [48, с. 26].

В российском законодательстве существует широкий перечень прав, которые гарантируются пациентам для защиты их интересов в сфере медицины.

Эти права включают, но не ограничиваются, следующими аспектами:

- право на доступ к информации: пациенты имеют право получать доступ к полной и достоверной информации о своем здоровье, диагнозе, лечении и прогнозе. Медицинская организация обязана предоставлять понятную информацию пациентам, чтобы они могли принимать информированные решения о своем здоровье;
- право на качественное и безопасное лечение: пациенты имеют право на качественное и безопасное оказание медицинских услуг. Медицинская организация должна предоставлять адекватное и компетентное лечение, основанное на современных научных данных и нормах качества;
- право на конфиденциальность: пациенты имеют право на конфиденциальность своей медицинской информации. Медицинская организация должна соблюдать принципы медицинской тайны и не

разглашать информацию о пациентах без их согласия, за исключением случаев, предусмотренных законом.

«В отношении некоторых видов медицинских услуг законодательством не установлены даже примерные сроки оказания услуг. Конечно, в случае, когда медицинская организация докажет отсутствие своей вины в просрочке, существование объективных обстоятельств, связанных с необходимостью дополнительного лечения, то суд не признает нарушения прав пациентов» [49, с. 67].

«В некоторых случаях в целях извлечения дополнительной прибыли исполнители зачастую злоупотребляют недостаточной информированностью пациента, не предоставляя информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Что также влияет на увеличение объема и стоимости платных медицинских услуг» [13, с. 543].

Введение практики выдачи пациентам плана лечения после первичного осмотра или консультации позволит пациентам получить полную информацию о необходимых процедурах, сроках исполнения и стоимости медицинской услуги. Такой план поможет предотвратить нарушение прав пациента и сделает весь процесс более прозрачным. Хотя заполнение документов может потребовать некоторого времени со стороны медицинского работника, это будет дополнительным шагом для защиты прав потребителей, а также для обеспечения прозрачности и доверия в отношениях между пациентами и медицинскими организациями.

Фактически, такой подход в контексте потребительских прав уже начинает применяться во многих странах. Некоторые из них разрабатывают специальные законы, которые требуют от медицинских организаций предоставления пациентам детальной информации о плане лечения, включая

объем услуг, стоимость и сроки. Например, в некоторых странах врачи обязаны предоставлять пациентам письменные договоры оказываемых услуг и уведомления о возможных побочных эффектах или рисках процедур.

Кроме того, существуют электронные системы управления медицинскими данными, которые позволяют медицинским работникам легко создавать, редактировать и передавать информацию о планах лечения пациентам. Это может значительно упростить процесс и сделать его более эффективным и удобным для всех сторон.

В целом, введение практики предоставления пациентам плана лечения с указанием всех необходимых процедур, их стоимости и сроков исполнения является хорошим шагом в направлении защиты прав пациентов. Это позволит пациентам быть осведомленными и принимать более обоснованные решения о своем здоровье. Конечно, такая практика должна быть поддержана соответствующими законодательными нормами и найти свое практическое воплощение в разных медицинских системах.

Реализация данного предложения возможна в результате включения части 6.1 ст. 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в которой должно быть сказано: «Медицинская организация обязана после первого посещения предоставить пациенту план лечения с указанием в нем всех необходимых для достижения цели медицинского вмешательства действий, их стоимости, а при необходимости вносить в план лечения соответствующие изменения».

«Пациенты являются потребителями при оказании им платных медицинских услуг. Однако деление медицинских услуг, как представляется, является весьма условным, учитывая, что данные услуги в любом случае оплачиваются медицинской организации, пусть и из ФОМС за пациента, который является выгодоприобретателем по договору ОМС.

Относительно разъяснений, содержащихся в п. 9 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28 июня 2012 г. № 17 [6], в Определении указано на их применимость к спорным отношениям с

учетом нормативных положений ст. 15 Закона о защите прав потребителей, Закона № 323-ФЗ, Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг. Исходя из данных разъяснений, следует, что пациенты, получающие медицинские услуги по ОМС не являются потребителями, соответственно, возникает вопрос о распространении Закона о защите прав потребителей на данную категорию пациентов. Ни в преамбуле Закона о защите прав потребителей, ни в его ст. 15, а также в вышеуказанном Постановлении Пленума Верховного Суда Российской Федерации ни о каких ограничениях речи не идет» [29].

Вне зависимости, кто является плательщиком, все отношения при предоставлении медицинских услуг, как в рамках ОМС (ДМС), так и на платной основе, – носят возмездный характер и обеспечивают личные потребности граждан [5, с. 62].

Верховный суд РФ решил, что определяющим в возникновении потребительских взаимоотношений является не источник оплаты (личные финансы потребителя или третьих лиц), а приобретение услуг медицинского характера при удовлетворении личных потребностей, при этом оплаченных посредством взносов через страховые медицинские организации [6, с. 40].

«На сегодняшний момент наблюдается ухудшение состояния здоровья населения в Российской Федерации, что зачастую связано с допущением врачебной ошибки. Более того, исследователи отмечают, что в Российской Федерации около 12 миллионов инвалидов, из них 1 миллион граждан стали таковыми в результате совершения врачебной ошибки. Данная статистика является крайне негативной» [32, с. 806].

В настоящий момент основными гражданско-правовыми способами защиты гражданских прав пациентов являются:

- присуждение к исполнению обязанности в натуре;
- возмещение убытков;
- компенсация морального вреда;
- прекращение или изменение правоотношения.

«Помимо вышеобозначенных, имеют место и иные, не предусмотренные нормами гражданского законодательства способы, например, привлечение виновного медицинского работника к уголовной ответственности. Необходимо отметить, что в Российской Федерации и в мире в целом существует проблема обеспечения защиты прав пациента на жизнь от ее необоснованного лишения в корыстных или иных целях. Суть заключается в том, что у пациентов могут изымать органы или ткани, которые в последующем будут переданы для трансплантации. Соответственно уголовное законодательство выступает в качестве одного из способов защиты прав пациентов, а также восстановления нарушенных прав» [4, с. 61].

Проблема возмещения причиненного вреда потерпевшему, когда преступник отбывает наказание в исправительном учреждении, в самом деле может быть сложной. Нередка ситуация, когда у преступника отсутствуют средства для компенсации ущерба, что возникает из-за того, что лишение свободы не позволяет ему заработать достаточную сумму или имущественные активы.

Одним из способов решения этой проблемы, который применяется в некоторых странах, является установление специальных фондов, в которые могут вносить платежи осужденные. Эти фонды потом используются на возмещение ущерба потерпевшему. Такая система позволяет преступникам вносить добровольные платежи из своего заработка в течение срока наказания. Иногда деньги для возмещения ущерба могут также поступать из других источников, например, из бюджета или благотворительных организаций.

Тем не менее, в случае невозможности полного или частичного возмещения ущерба преступником, потерпевшему можно обратиться к государственным механизмам компенсации или страхованию. В некоторых странах функционирует система государственного возмещения причиненного вреда потерпевшим. Например, в некоторых юрисдикциях есть специальные

фонды, созданные для компенсации жертв преступлений. Это может включать компенсацию за медицинские расходы, утрату заработка, моральный ущерб и другие убытки.

В отношении финансирования конкретных медицинских услуг ситуация может быть сложной, если они не включены в обязательную программу медицинского страхования. В таких случаях, потерпевшему может быть сложнее покрыть расходы на необходимое лечение.

Если у пациента отсутствуют финансовые средства для оплаты медицинских расходов, существуют некоторые дополнительные механизмы, которые могут помочь. В разных странах действуют различные социальные программы, которые предоставляют медицинскую помощь нуждающимся. Например, могут применяться программы социального медицинского страхования, благотворительные фонды или программы государственной поддержки.

Можно прийти к выводу, что вопрос доступности и покрытия медицинских расходов является сложным и требует непрерывного обсуждения и разработки соответствующих механизмов компенсации, особенно для потерпевших преступлений. Различные страны имеют свои собственные системы, и они постоянно работают над совершенствованием существующих подходов.

2.2 Права отдельных групп населения в области охраны здоровья

Права отдельных групп населения в области охраны здоровья рассмотрим на примере двух групп – права онкобольных и права несовершеннолетних в области охраны здоровья и оказания медицинской помощи.

По сведениям, представленным в докладе Росздравнадзора об осуществлении федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности в 2022 году, территориальными

органами Росздравнадзора было проведено 555 проверок медицинских организаций (из них 181 проверка была внеплановой), оказывающих помощь по профилям «онкология» и «детская онкология». В результате проверок в 195 медицинских организациях (151 государственной, 19 федеральных, 19 частной формы собственности и 6 муниципальных) выявлено 410 нарушений обязательных требований в сфере охраны здоровья граждан, в том числе 152 нарушения прав граждан в сфере нарушения права на оказание медицинской помощи. Актуальность проблемы подтверждается докладом Росздравнадзора об осуществлении федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности в 2022 году. Существенное отрицательное влияние на доступность медицинской и лекарственной помощи населению, в частности для онкологических пациентов, оказал период пандемии Ковид-19, что подтверждается увеличившимся количеством обращений граждан по вопросам нарушения прав в сфере охраны здоровья.

Чаще всего выявлялись нарушения требований статей 18-20 и 79 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Также было выявлено 145 нарушений Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология», утвержденного приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 915н3. А именно:

- несоблюдение сроков консультации в Центрах амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), либо в первичном онкологическом кабинете, первичном онкологическом отделении медицинской организации;
- несвоевременность выполнения патологоанатомических исследований, необходимых для гистологической верификации злокачественного новообразования;
- незаблаговременное начало оказания специализированной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями;

- нарушения Правил организации деятельности структурных подразделений медицинской организации и нарушения стандартов оснащения.

Онкологический больной, как и любой другой пациент, имеет право на получение полной информации о состоянии своего здоровья, методах лечения, о побочных эффектах и прогнозе развития заболевания. Из этого следует, что пациент всегда может просить разъяснений о своем заболевании у лечащего врача. Также, больной может знакомиться с медицинскими документами, получать их копии и выписки из них, причём не только лично, но и с помощью своего законного представителя [3, с. 55].

Начало оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями должны проводить не позднее семи рабочих дней после гистологической верификации или даты установления предварительного диагноза. Законодательство также регламентирует сроки проведения консультаций врачей-специалистов, диагностических инструментальных и лабораторных исследований. В случае необоснованного нарушения сроков целесообразно обратиться с жалобой в страховую компанию или региональный орган здравоохранения. Получение необходимой диагностики и лечения возможно как в региональных, так и в федеральных медицинских центрах [27, с. 33].

Если же рецепт был выписан на основании решения врачебной комиссии, то время для предоставления препарата увеличивается до 10 рабочих дней. Так, дочь и сын умершей пациентки обратились в суд с иском о взыскании с каждого ответчика компенсацию морального вреда по 2 500 000 руб. в пользу каждого истца. Департаментом здравоохранения Тюменской области проведена проверка государственного автономного учреждения здравоохранения, в результате которой выявлен дефект организации мероприятий по оказанию медицинской помощи, а именно: удлинён срок начала специализированной медицинской помощи (гистологическое

исследование от 02 февраля, начало терапии от 20 февраля), что является несоблюдением Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Онкология». По заключению эксперта по онкологии установлено, что данное нарушение не повлияло на состояние пациентки. Последствия заболевания были обусловлены характером основного заболевания. Заболевание носило скрытое течение, что является одной из важных особенностей клинической картины рака молочной железы. Обществом с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС» проведена экспертиза качества оказания медицинской помощи выявлены дефекты оказания медицинской помощи со стороны учреждения здравоохранения, а именно: невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и/или лечебных мероприятий, не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица; незначительное нарушение сроков начала специального лечения; при этом объем, сроки дообследования и лечения, кратность наблюдения соответствуют клиническим рекомендациям Минздрава России по лечению рака молочной железы.

Постановлением следователя в возбуждении уголовного дела по факту смерти матери отказано в связи с отсутствием в действиях врачей государственного учреждения здравоохранения состава преступления, предусмотренного частью 2 статьи 124 Уголовного кодекса Российской Федерации (неоказание помощи больному, повлекшее по неосторожности смерть лица).

Основываясь на результатах комиссионной судебно-медицинской экспертизы, проведенной в рамках проверки заявления по факту смерти матери, проверки качества оказания медицинской помощи, проведенной Департаментом здравоохранения, а также экспертизы качества оказания медицинской помощи, проведенной Тюменским филиалом общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС», суд пришел к выводу о нарушениях, допущенных каждым из ответчиков при оказании

медицинской помощи, а именно: в части проведения диагностических и лечебных мероприятий: не была назначена и выполнена обзорная рентгенография; неверное отнесение рентгенологической картины маммографического исследования к категории BI-RADS1; удлинён срок начала оказания специализированной медицинской помощи после получения результатов гистологического исследования, в части ведения медицинской документации: в протоколе ультразвукового исследования молочных желез неверно указана поражённая молочная железа (левая вместо правой), не сформулированы план и цель лечения [26, с. 65].

Выявленные дефекты оказания медицинской помощи матери истцов медицинскими работниками признаны основанием для взыскания с ответчиков компенсации морального вреда, поскольку, несмотря на отсутствие прямой причинно-следственной связи между выявленными нарушениями и смертью, они, в совокупности, привели к несвоевременным:

- установлению начала течения заболевания;
- направлению больной в онкологический диспансер;
- началу проведения лечебных мероприятий.

Соответственно, несвоевременность начатого лечения привела к риску прогрессирования заболевания.

Пациентка не была изначально поставлена в известность о тяжести установленного по результатам ультразвукового исследования заболевания, о необходимости обязательного обращения к врачу-специалисту и необходимости прохождения в короткие сроки полного курса обследования.

Выявленные нарушения, ухудшающееся состояние здоровья матери причинили нравственные страдания истцам, которые были вправе рассчитывать на квалифицированную и своевременную медицинскую помощь их матери.

Определение СК по гражданским делам Четвёртого кассационного суда общей юрисдикции от 01 сентября 2020 г. по делу №8Г-16206/2020 [88-

16174/2020]. Прокурор г. Волжского Волгоградской области, действуя в интересах пациентки, обратился в суд с иском, в котором просил возложить на Комитет здравоохранения Волгоградской области обязанность принять меры по организации мероприятий, направленных на обеспечение лекарственным препаратом в полном соответствии с медицинскими показаниями; взыскать с Комитета здравоохранения Волгоградской области в пользу пациентки расходы на приобретение лекарственных препаратов. Суд обязал Комитет здравоохранения Волгоградской области по жизненным показаниям бесплатно обеспечивать пациентку требуемыми лекарственными препаратами в необходимом объеме в соответствии с медицинскими показаниями до отмены данного препарата лечащим врачом.

На основании обращения пациентки прокуратурой проведена проверка соблюдения законодательства о бесплатном лекарственном обеспечении. В результате проверки установлено, что больная является региональным льготником, страдает онкологическим заболеванием – хроническим миелолейкозом, в связи с чем она признана инвалидом первой группы. Врачами специалистами ГБУЗ «Городская поликлиника №5» по медицинским и жизненным показаниям был назначен лекарственный препарат. Данный препарат зарегистрирован под несколькими торговыми наименованиями, однако учитывая стойкую неблагоприятную реакцию на часть препаратов, пациентке был рекомендован лекарственный препарат под конкретным торговым наименованием, в отношении которого неблагоприятные проявления были наименьшими. Требуемый лекарственный препарат, в качестве бесплатного для профильных пациентов, предоставлялся в аптечную сеть в недостаточном количестве, что привело к необходимости его приобретения льготником самостоятельно, за счет собственных средств. Суд пришел к выводу о необходимости возложения на Комитет здравоохранения Волгоградской области обязанности возмещения расходов, понесенных пациентом [8, с. 166].

Проблема доступности медицинской помощи и, в частности, паллиативной медицинской помощи является важным вопросом, который требует внимания со стороны общества и государства. Она охватывает не только возможность получения приема у врача в медицинском учреждении, но и качество и своевременность оказания помощи, которая удовлетворяет потребности пациента и дает наилучшие результаты для его здоровья.

Одной из проблем является организационная сторона паллиативной медицинской помощи. Нужно совершенствовать правовые аспекты оказания такой помощи, включая штатное обеспечение специализированных отделений, кабинетов и центров паллиативной помощи. Также важно создать специализацию «врач по паллиативной медицинской помощи», чтобы обеспечить населению доступ к высококвалифицированным специалистам, обученным в этой области.

Еще одной проблемой является оформление доступа к наркотическим обезболивающим средствам для онкологических больных, которые испытывают сильную боль. Возможность получения этих средств должна быть упрощена и ускорена, чтобы больные могли получить своевременное облегчение и достойное качество жизни.

Важно отметить, что многие пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи, предпочитают получать ее в домашних условиях. Однако часто возникают ситуации, когда больные с неблагоприятным прогнозом пребывания выписываются из больницы и передаются врачам общей практики, которые могут не иметь достаточной квалификации или опыта для оказания необходимой помощи. В таких случаях особенно важна координация между специалистами разных уровней, чтобы обеспечить непрерывность и качество ухода.

Необходимо увеличить количество хосписов и обеспечить их наличие в различных регионах страны, чтобы больше граждан, нуждающихся в постоянном уходе, могли получить подходящее место исходя из своих предпочтений и потребностей. Также требуется улучшение доступности

паллиативной медицинской помощи в больницах, чтобы предоставлять качественное лечение и уход для пациентов.

В России уже проводятся некоторые меры по улучшению доступности паллиативной медицинской помощи, но еще есть немало работы, чтобы обеспечить максимальное удовлетворение потребностей пациентов в этой области. Это будет требовать согласованного усилия со стороны государственных органов, медицинских организаций и общества в целом.

Оказание медицинской помощи несовершеннолетним. Отсутствие четкого регулирования всех нюансов оказания медицинской помощи несовершеннолетним, а также недостаточное финансирование медицинских учреждений при наличии средств в федеральном бюджете порождает проблемы как правового, так и морального характера. Анализ споров по вопросу соблюдения прав несовершеннолетних выявляет несколько блоков проблем.

«Согласно ст. 2 Конституции РФ, «человек, его права и свободы являются высшей ценностью», «никто не должен подвергаться ... насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию». К сожалению, врачи и иные медицинские работники подвергаются справедливой критике за случаи жестокого обращения с детьми в стационарах, факты причинения вреда здоровью ребенку и сокрытия причин травм, полученных там, отказ ознакомиться с документами из иных медицинских учреждений, узнать второе экспертное мнение. Такое поведение фактически поощряется сложившейся судебной практикой, применением условного наказания или даже прекращением уголовного преследования за истечением срока давности в случае гибели пациента [34]. Расследование уголовных дел затягивается, врачи не отстраняются от работы из-за нехватки медицинских кадров, что вызывает у родственников несовершеннолетнего потерпевшего желание осуществить самосуд, ставя под угрозу жизнь врача и свободу этих лиц, подрывает авторитет правоохранительных органов» [4]. Звучат серьезные проблемы, связанные с предоставлением медицинской

помощи детям в образовательных учреждениях. В данном случае более подробно необходимо остановиться на двух ключевых аспектах.

Первая проблема заключается в оказании медицинской помощи в самом учреждении. Претензии родителей обычно связаны с тем, что помощь не оказывается вовремя или вообще не предоставляется. Длительное ожидание родителя на месте, вместо незамедлительной госпитализации, действительно может приводить к серьезным последствиям. Более того, иногда даже отрицается факт получения травмы ребенком в учебном учреждении. В худшем случае, ребенка могут отправить домой в целях скрывания случившегося во время занятий. Это серьезная проблема, которую следует взять на вооружение.

Вторая проблема связана с доступом к информации о здоровье учеников, который есть только у школьного врача. Нередко другие врачи не осведомлены о реальном состоянии здоровья каждого ребенка, особенно в случае инклюзивного образования или обучения детей с инвалидностью. Возможность передачи информации о состоянии здоровья третьим лицам, включая преподавателей, ограничена Законом о персональных данных. Тем не менее, анализ судебной практики показывает, что в некоторых случаях предоставление доступа к медицинским документам о состоянии здоровья детей необходимо. Кроме того, проведение реальной диспансеризации и полноценного обследования школьников является важным фактором. Особенно актуально это в регионах, где доступ к врачам ограничен и вызывает трудности в записи на прием. Нужно разработать эффективные механизмы мониторинга доступности медицинской помощи и установить обратную связь с родителями пациентов и территориальными органами здравоохранения.

Чтобы решить эти проблемы, может потребоваться комплексный подход, включающий в себя улучшение координации между образовательными учреждениями и медицинскими организациями, обучение персонала школ по оказанию первой медицинской помощи и повышение

осведомленности о правах и обязанностях всех заинтересованных сторон (школ, врачей, родителей).

«В соответствии с п. 1 ст. 64 СК РФ защита прав и интересов детей возлагается на их родителей. Но ребенок может фактически проживать в семье родственников без оформления опеки, доверенности, например, при отбывании родителем административного ареста (до 30 суток), временном выезде родителей в другой регион на работу. Широко распространено проживание ребенка в семье мачехи при разводе родителей на Кавказе. Юридически мачеха, например, посторонний ребенку человек и не имеет прав, предоставленных законом родителю, однако фактически получает доступ к медицинским документам, госпитализируется в стационар, принимает решения, влияющие на здоровье (как широко известный случай по «женскому обрезанию» в медклинике «Айболит» 9-летней девочке из Ингушетии во время каникул в Дагестане по желанию мачехи). Действия врача были квалифицированы как умышленное причинение легкого вреда здоровью, а такого рода услуги по-прежнему оказывают по религиозным мотивам, врач же ссылалась на исправление патологии. Для доказательств обратного, в первую очередь нужно желание предать ситуацию огласке, а не только меддокументы, нужна реальная диспансеризация для установления массовости нарушения прав несовершеннолетних, чему препятствует общественное мнение, и что хорошо понимает вторая сторона, оставаясь безнаказанной» [16, с. 33].

Согласно статье 22 п. 1 ФЗ-323, 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. «Но если взрослый пациент имеет право запретить

информировать родственников о своем диагнозе и выбрать другое лицо, которому эта информация может быть сообщена, то несовершеннолетний не может запретить врачу сообщать родителям сведения, которые он желал бы скрыть, опасаясь наказания, это влечет обращение за помощью к шарлатанам, знахарям, медикам, делающим подпольные аборты, чьи действия могут причинить еще больший вред. Должна быть предусмотрена возможность оказания несовершеннолетнему пациенту психологической помощи и участие органов опеки в его судьбе, чтобы не допустить, например, недобровольного прерывания беременности по требованию родных, убийства новорожденного, суицида несовершеннолетнего, и т.д.» [25, с. 66].

Можно прийти к выводу, что в настоящее время на практике встречаются многочисленные проблемы, связанные с обеспечением прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. В данном отношении была сформирована уже довольно обширная юридическая практика, что позволяет надеяться, что в будущем в данной сфере будет достигнут больший порядок. Положительным образом следует оценить распространение на отношения в области охраны здоровья законодательства об охране прав потребителей, что позволяет в большей степени обеспечить защиту прав лиц, в отношении которых оказываются юридические услуги.

Глава 3 Проблемы реализации прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь

3.1 Основные проблемы судебной защиты прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь

Качество оказываемой гражданам медицинской помощи не всегда соответствует критериям хорошего качества и высокого уровня. Пациенты все чаще остаются недовольными качеством медицинской помощи, ее своевременностью, результатом лечения и отношением врача. Врач неправильно выстраивает разговор с пациентом, ставя приоритет не на здоровье пациента, а на свою значимость перед ним. Это обусловлено как болезнью пациента, так и отсутствием у последнего специальных познаний в области медицины, которые есть у врача [5, с. 55].

Пациент имеет право на судебную защиту своих прав. Так, исковое заявление подается по месту нахождения лечебно-профилактического учреждения, а также по месту жительства пациента. По месту жительства гражданин вправе подать заявление только на основании Закона РФ «О защите прав потребителей», если он пользовался платной услугой. Исковое заявление подписано истцом или его законным представителем. К иску, поданному представителем, должна прилагаться доверенность или другой документ, подтверждающий его полномочия. К исковому заявлению прилагаются копии документов, доказывающих нарушение прав пациента.

Государственная пошлина должна быть оплачена. Категории граждан, которые освобождаются от уплаты госпошлины, включают в себя:

- о возмещении вреда, причиненного жизни и здоровью;
- в случае потери главы семьи;
- иск о компенсации морального вреда;
- в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

Ответчик имеет право предложить истцу компенсацию для того, чтобы дело не дошло до судебного заседания, закончить дело «мировым соглашением». Решение суда может быть обжаловано в кассационном порядке, если одну из сторон не устраивает решение, в течение десяти дней с даты принятия решения.

Решения всех судов Российской Федерации, за исключением решений Верховного суда, могут быть обжалованы в кассационном порядке.

Так, таково дело, рассмотренное в Челябинской области в городе Копейске, чьи сотрудницы несколько лет назад перепутали детей семейных пар. Тогда, в декабре 1998 года, сотрудница Копейского роддома перепутала бирки малышей, родившихся с разницей в 15 минут [15, с. 3]. Прокуратурой установлено, что в родильном доме при рождении Юлией Б. и Еленой А. дочерей действительно произошла подмена детей. В постановлении прокурора указывается, что в действиях неопределенного лица усматривается состав преступления небольшой тяжести, предусмотренного частью 1 статьи 293 УК РФ (халатность). В возбуждении уголовного дела по этой статье было отказано в связи с истечением срока давности уголовного преследования. А в возбуждении дела по части 1 статьи 153 УК РФ (подмена ребенка) было отказано за отсутствием состава преступления, так как данное деяние должно быть совершено только с прямым умыслом из корыстных либо других низменных побуждений.

«Выяснилось, что несовершеннолетняя И., которая с рождения проживала с Юлией Б., в действительности является биологической дочерью Ниматулло И. и его бывшей супруги Елены А. В свою очередь, несовершеннолетняя А., которая с рождения жила в семье Ниматулло И., в действительности является биологической дочерью Юлии Б. и ее бывшего супруга. Это подтвердили комплексные генетические экспертизы, проведенные в сентябре 2011 года [27]. В судебном заседании по гражданскому делу были исследованы объяснения работниц роддома, дежуривших в день подмены, врача-неонатолога и акушерок. Они не смогли

пояснить, каким образом произошла подмена. Городской суд пришел к выводу, что в результате халатности сотрудников городского родильного дома, выразившейся в несоблюдении алгоритмов ведения родов и наблюдения новорожденных в блоке, в оформлении и привязывании бирок в родовом зале, произошла подмена детей. Суд счел, что нарушены личные неимущественные права родителей и их детей: право жить и воспитываться в семье, право на общение с родителями и другими родственниками, право знать своих родителей. Истцы, а также допрошенные свидетели пояснили, что и родители, и дети после выяснения факта подмены находятся в подавленном состоянии» [11].

Разрешая спор в части взыскания компенсации морального вреда, причиненного подменой детей в роддоме, суд пришел к выводу об удовлетворении указанных требований выплатить истцам в общей сложности в размере 6 миллионов 33 тысячи 800 рублей.

Основой гражданско-правовой ответственности за причинение вреда при оказании медицинской помощи являются нормы главы 59 Гражданского кодекса Российской Федерации. В этой главе закреплены правила, которые регулируют гражданско-правовые отношения в сфере медицины. Вред может быть причинен как при обращении пациента за медицинской помощью на бесплатной основе, так и при ненадлежащем исполнении договора возмездного оказания медицинских услуг. Именно последний случай, когда вред причинен при оплате медицинской помощи, наиболее распространен в таких сферах, как стоматология и пластическая хирургия. Важно отметить, что в случае причинения вреда здоровью пациента, ответственность несет работодатель, то есть медицинская организация, в которой работает медицинский специалист. Это основывается на принципе представительства, согласно которому работодатель отвечает за действия своего работника, совершенные им в рамках своих профессиональных обязанностей.

Однако, если исковое заявление о выплате компенсации вреда удовлетворяется и работодатель выплачивает компенсацию, то он вправе

повторно предъявить требование о возмещении ущерба непосредственно к работнику, т.е. к медицинскому специалисту, который своими действиями причинил вред. Это называется регрессом. Такой регресс может быть осуществлен в случаях, предусмотренных законодательством.

«Другой проблемой является обеспечение квалифицированной юридической помощи пострадавшим пациентам. Необходимо отметить, что предоставление юридической помощи осуществляется на судебном и досудебном этапах. Нарушение прав в сфере медицины является узким направлением, и не каждый юрист сможет обеспечить должную помощь. Для того, чтобы обеспечить должную квалифицированную помощь, необходимо обеспечить сотрудничество пациента, юриста и специалистов в области медицины. Особо остро встает данный вопрос потому, что штатные юристы в медицинских организациях не всегда компетентны в оказании помощи пациентам и врачам» [5, с. 209].

Соответственно, процедура восстановления нарушенных прав пациента значительно усложняется. Помимо этого, в Российской Федерации существует проблема правового регулирования в сфере защиты прав пациентов. Сегодня в законодательстве отсутствует понятие «дефект оказания медицинской помощи», а также не в полной мере рассмотрена категория «медицинская услуга». Более того, законодатель не урегулировал вопрос защиты прав пациентов в отношении всех имеющихся нарушений, а также отсутствует ответственность за нарушение многих прав пациентов. В данном случае речь идет о том, что, например, фактически права пациента нарушены, однако законодателем такой вид нарушения не предусмотрен и, соответственно, неизвестно, как восстанавливать такое право.

Любой гражданин, которому были навязаны платные медицинские услуги, вправе вернуть потраченные средства, обратившись с заявлением в страховую компанию или в суд, но при условии вынужденности затрат, т.е. если имеются доказательства отказа в оказании бесплатной медицинской помощи. На практике распространены различные формы понуждения

граждан к оказанию платных медицинских услуг, например, когда врач для уточнения диагноза советует провести диагностику в частной медицинской организации, когда предлагает заключить договор для ускоренного проведения операции либо диагностики, либо когда берутся деньги за приглашение специалистов для консилиума, когда отказываются лечить по полису, выданному в другом городе, либо в связи «с истечением» сроков пребывания больного в стационаре, отсутствием необходимых для лечения медикаментов и т.п. Кроме того, иногда одновременно с навязыванием платных медицинских услуг гражданина вынуждают заключать договор добровольного медицинского страхования, включая в стоимость оплаты услуг стоимость страхового полиса. В настоящее время функционирует бесплатный телефон «горячей линии» Минздрава РФ по вопросам оказания бесплатной медицинской помощи, по которому можно оперативно решить возникшие вопросы [12, с. 43].

При обращении пациента в суд также возникают другие трудности. Например, при определении степени нанесенного вреда здоровью необходимо назначать судебно-медицинскую экспертизу, которая оказывает существенное влияние на принятие судьей решения по делу. Решение имеющихся проблем видится в конкретизации гражданско-правовых норм. Например, создание федерального закона, регламентирующего общие положения защиты прав пациентов, а также содержащего основные понятия, позволило бы устранить проблемы защиты прав лиц, которым предоставляется медицинская помощь. Новый федеральный закон включил бы в себя перечень прав пациентов и способов их защиты, определил основные понятия, используемые в сфере защиты прав пациентов [1, с. 66].

Говоря о законодательном регулировании защиты прав пациентов, также предлагается пересмотреть общие нормы защиты прав потребителей и выделить в Гражданском кодексе РФ статью 12.1, которая предусматривала бы специальные способы осуществления такой защиты. Медицинские услуги

являются специализированной сферой и не могут в полном объеме регулироваться общими нормами.

Можно прийти к выводу, что на сегодняшний момент защита прав пациентов является острой и недостаточно урегулированной проблемой. Именно отсутствие необходимого правового регулирования приводит к ряду трудностей.

3.2 Проблемы привлечения к ответственности медицинских работников и учреждений здравоохранения

Право на жизнь и здоровье важно для каждого человека, и оно действительно является одним из фундаментальных неотъемлемых прав, признанных в различных правовых актах. Например, Конституция Российской Федерации, в статье 20, гарантирует право каждого на жизнь, а статья 41 признает право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Как это было указано законодателем в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в качестве предмета его регулирования выступают «полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья».

В качестве одного из основных принципов охраны здоровья законодатель выделил ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья

В соответствии со статьей девятой указанного федерального закона, органы государственной власти и органы местного самоуправления, медицинские организации, организации социального обслуживания и иные организации осуществляют взаимодействие в целях обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья. Органы государственной власти и органы

местного самоуправления, должностные лица организаций несут в пределах своих полномочий ответственность за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации.

Статья 98 рассматриваемого закона так и называется «Ответственность в сфере охраны здоровья». Ее анализ позволяет отметить, что органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут ответственность за обеспечение реализации гарантий и соблюдение прав и свобод в сфере охраны здоровья, установленных законодательством Российской Федерации.

Медицинские организации, медицинские работники и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи. Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Возмещение вреда, причиненного жизни и (или) здоровью граждан, не освобождает медицинских работников и фармацевтических работников от привлечения их к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Руководители медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, несут ответственность за непринятие мер по устранению недостатков, выявленных в ходе независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в соответствии с трудовым законодательством. В трудовых договорах с руководителями указанных медицинских организаций в показатели эффективности работы руководителей включаются результаты независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями и выполнения плана

по устранению недостатков, выявленных в ходе такой оценки.

Относительно нарушений прав пациентов, совершаемых медицинскими работниками, отметим, что подобные случаи иногда возникают в сфере здравоохранения, как и в других областях. Важно понимать, что эти случаи не являются характерными для всех медицинских работников и медицинской системы в целом. Большинство медицинских работников прикладывают максимум усилий для оказания качественной и этичной медицинской помощи, а права пациентов охраняются и защищаются государством и медицинскими профессиональными организациями.

Что же касается статистики нарушений прав пациентов, то есть множество различных источников, которые могут вести учет и анализировать такие случаи. Это могут быть органы государственного контроля и надзора, правозащитные организации, специальные комиссии, занимающиеся рассмотрением жалоб и претензий пациентов, и другие механизмы контроля.

Официальные статистики нарушений прав пациентов медицинскими работниками действительно могут быть разрозненными и неполными, однако существуют усилия направленные на ее улучшение. В России, например, существует Государственная информационная система обеспечения прав пациентов в сфере здравоохранения (ГИС Права пациентов), в которой регистрируются жалобы и обращения пациентов. Эта система может быть одним из источников информации о нарушениях прав пациентов и дает возможность осуществлять контроль и мониторинг в данной сфере.

Как иногда отмечается в литературе, «органы здравоохранения тщательно скрывают реальное положение дел. Однако определенное представление о состоянии противоправной деятельности в сфере охраны здоровья дают материалы СМИ и обращения граждан в правоохранительные органы. Как показывают проведенные в указанной сфере исследования, ситуация, сложившаяся в системе оказания медицинской помощи, требует скорейшего разрешения [41]. По итогам анализа уголовных дел, возбужденных в отношении медицинских работников, Следственным

комитетом Российской Федерации было установлено, что «смертельные ошибки происходят все чаще, расследование таких дел затягивается на долгие годы», а «судебные приговоры поражают своей мягкостью» [26, с.65]. «На Первом национальном конгрессе терапевтов было заявлено, что каждый третий поставленный диагноз является ошибочным» [3, с.32].

«Проблема уголовной ответственности медицинского персонала за профессиональные преступления представляет собой одну из самых сложных проблем, которые медицинская практика поставила перед правом.

Объективная уголовно-правовая оценка, правильная юридическая квалификация противоправных действий медицинских работников зачастую затруднена многообразием специфики профессиональной медицинской деятельности, основное содержание которой состоит в оказании гражданам лечебно-диагностической и профилактической помощи. К ней, в первую очередь, относятся действия, производимые с соблюдением требований медицинской науки и практики, предписаний закона, других специальных нормативных актов, а также принципов медицинской этики и деонтологии, направленные на сохранение жизни, улучшение здоровья и трудоспособности граждан, содержание которой состоит в оказании гражданам лечебно-диагностической и профилактической помощи» [37, с. 43].

«Под правонарушениями медицинских работников понимаются такие, которые совершаются при осуществлении чисто профессиональных функций с нарушением современных требований медицинской науки и практики, положений медицинской этики и врачебной деонтологии, предписаний закона и иных нормативных актов» [38, с. 54].

Остановимся на некоторых из указанных причин более предметно. К социально-экономическим условиям развития общества, оказывающим влияние на сферу здравоохранения, можно отнести низкий уровень заработной платы медработников государственных и муниципальных медицинских учреждений, крайне слабую социальную их защищенность, что, в свою очередь, ведет к поиску ими дополнительных источников дохода. Как

справедливо отмечает Е.К. Сенокосова, «коммерциализация медицины, как и любой другой сферы общественной жизни, способствует ее криминализации. Это обусловлено тем, что во главу угла ставится не жизнь и здоровье пациента, а получение прибыли. Медицинская помощь трансформируется в комплекс медицинских услуг, а медицинский работник становится их производителем и, как любой предприниматель, стремится к повышению доходов любыми способами» [4, с. 10]. «Так, врач акушер-гинеколог одной из частных клиник Санкт-Петербурга умышленно ставила пациенткам неправильные диагнозы, зная об их желании стать матерью, сообщала о наступлении беременности, проводила длительное платное медицинское обслуживание, а затем инсценировала операцию по искусственному прерыванию беременности. У ряда женщин после такого «лечения» находили онкологические заболевания. Типичными в настоящее время становятся профессиональная некомпетентность и недобросовестность при оказании медицинской помощи. Очевидно, что профессиональная некомпетентность в данном случае представляет собой несоответствие уровня профессиональной подготовки установленным компетенциям и требованиям к профессии медицинского работника. Что касается недобросовестности при оказании медицинской помощи, то речь идет о невыполнении либо ненадлежащем выполнении медицинским работником (должностным лицом медицинской организации) профессиональных (должностных) обязанностей в нарушение требований законодательства, должностной инструкции, общепринятых положений медицинской науки, медицинской этики и деонтологии при отношении к ним как к формальным (необязательным)» [24, с. 11].

«Большое количество уголовных дел о преступлениях медицинских работников прекращается на стадии предварительного расследования. Так, А.Н. Варыгин, Е.В. Червонных отмечают, что анализ следственно-судебной практики, проведенный на территории Московской, Самарской и Саратовской областей, показал, что в суд с обвинительными заключениями направлялось лишь каждое восьмое уголовное дело, возбужденное по фактам нарушений

оказания медицинской помощи, при этом 71,3 % таких уголовных дел прекращены» [17, с.44].

Стремление к личной выгоде и индивидуализм могут быть факторами, влияющими на поведение некоторых работников здравоохранения. В погоне за материальными благами и достижением личных целей, некоторые медработники могут забывать о своих профессиональных обязательствах и этических принципах. Недостаток правосознания и социальной ответственности может повлиять на принятие неправильных решений и нарушение прав пациентов.

Однако, хотим подчеркнуть, что большинство медицинских работников по-прежнему являются преданными своей профессии и бескорыстными помощниками пациентам. Они значительно влияют на качество здравоохранения и делают все возможное, чтобы обеспечить население качественной и надежной медицинской помощью.

Неправильное поведение отдельных медработников не должно отражаться на оценке всей профессии. На самом деле, существует множество факторов, которые могут влиять на надлежащее оказание медицинской помощи и защиту прав пациентов. Важно оценивать каждую отдельную ситуацию в контексте конкретных факторов и не обобщать поведение некоторых на всю профессию.

В целом, для решения проблем связанных с нарушением прав пациентов, важна системная работа в области здравоохранения, включающая обучение, профессиональную этику и надзор. Необходимо акцентировать внимание на осознании профессиональной ответственности и ценностей, а также на создании условий, которые мотивируют медицинских работников делать правильные выборы и оказывать качественную помощь пациентам.

Необходимость изменения сложившейся ситуации в свою очередь требует качественных преобразований во всех сферах российского общества и, прежде всего, возрождения подлинных принципов социального и правового государства.

«Для наступления гражданско-правовой ответственности при наличии вреда вопрос о противоправности действия медицинского работника не является основополагающим. Резюмируя вопрос о противоправности как основании ответственности в медицинской сфере, следует подчеркнуть, что она выражается в наличии производственных, конструктивных или иных недостатков, которые являются следствием нарушений существующих требований, предъявляемых к качеству медицинской помощи» [7, с. 44].

Противоправность может выражаться в том числе и в предоставлении неполной или недостоверной информации об услуге или работе (ст. 1095 ГК). Отсутствие полной и достоверной информации об медицинской услуге в силу ст.ст. 10, 12 Закона «О защите прав потребителя» потребитель имеет право в разумный срок расторгнуть и потребовать возврата уплаченной за товар суммы и возмещения других убытков. (п. 16 Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями) [23, с. 77].

Рассматривая противоправность медицинских работников при оказании не качественной медицинской помощи или медицинской услуги приведем пример по делу № 2-7948/2019. Мировой судья судебного участка № 83 г. Омска от 23 июня 2019 года по делу истца В. к ООО «Интервзгляд» о защите прав потребителя установил, что истцу была оказана услуга по лазерной коррекции зрения на обоих глазах и перед заключением договора ему не была в полном объеме доведена информация о предоставляемой услуге в соответствии со ст. 20, Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ. Основываясь на этом суд решил: расторгнуть договор об оказании услуг и взыскать в пользу В.с ответчика компенсацию морального вреда, возмещение ущерба всего в размере 60000 рублей [30].

«Необходимо отметить, что на сегодняшний день не решен вопрос определения медицинского вреда. При обычной профессиональной медицинской деятельности побочный эффект в виде медицинского вреда неизбежен. Все лекарственные средства имеют побочные эффекты, никакое

оперативное лечение невозможно без нарушения кожного покрова или слизистой — операционного разреза и т.д. Такой неизбежный вред необходимо отличать от вреда, который причиняется в результате противоправного деяния (поведения), что является важнейшим условием наступления ответственности. В случае нанесения вреда, который неизбежен, можно утверждать, что врач вынужден причинять вред здоровью пациента в силу самого факта медицинского вмешательства как такового, так как практически любое вмешательство сопровождается физической и/или психической травмой. Однако иного здесь не дано — такой вред медицинским работником причиняется сознательно, а пациентом воспринимается как «естественное зло» вред естественный. При этом сам пациент, за исключением случаев бессознательного состояния, дает согласие на причинение такого вреда» [18, с. 79].

Иными словами, с позиций юриспруденции нанесение такого вреда правомерно, за исключением отдельных случаев. При врачебной ошибке, когда уголовная ответственность не наступает, гражданско-правовая может наступать, так как есть факт причинения вреда.

Согласно действующему законодательству, вред, причинённый жизни и здоровью гражданина, подлежит возмещению в полном объёме лицом (лицами), причинившим (причинившими) вред.

«Под вредом, причинённым жизни и здоровью, понимаются неблагоприятные последствия действий (бездействия) совместных причинителей вреда в виде повреждения и (или) расстройства здоровья (увечье, усугубление патологического состояния, психическое расстройство и т.п., а также гибель), физических и нравственных страданий (моральный вред), смерти кормильца (гибель в аспекте имущественных последствий), а также умаление связанных с жизнью и здоровьем имущественных прав: утрата заработка (полностью или частично), дополнительные расходы на лечение, питание, приобретение транспортного средства, расходы на погребение и т.п.

Т.е. вред, причиненный повреждением здоровья, кроме чисто физиологических проявлений имеет весьма широкий спектр и социально-экономических последствий. В этой связи важно правильно оценивать отдельные составляющие этого понятия для их последующего возмещения» [18, с. 79].

Отдельные авторы считают, что вред здоровью включает в себя два самостоятельных элемента: имущественный ущерб и моральный вред. При этом оба эти компонента могут рассматриваться как составляющие «вреда здоровью» лишь в том случае, если они непосредственно связаны с возникшим заболеванием или телесным повреждением, вызванным определенным повреждающим фактором.

«В случае нарушения материальных благ или имущественных прав возникает вред имущественный, синонимом которого является термин «ущерб», представляющий собой любое умаление в имущественной сфере – повреждение, утрату имущества, необходимость производства дополнительных расходов и т.д.» [11, с. 66].

Упущенная выгода представляет собой утраченный заработок или иной доход, который пациент при нормальном стечении обстоятельств мог бы получить. Вред, причиненный жизни или здоровью гражданина вследствие недостатков медицинской услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации об услуге, подлежит возмещению медицинским учреждением, независимо от того, состоял потерпевший с ним в договорных отношениях или нет (ст. 1095 ст. РФ). Вред, причиненный вследствие недостатков работы или услуги, возмещается исполнителем, в том числе в тех случаях, когда он возник в результате непредоставления полной информации об услуге (ст. 1096 ГК РФ).

Если гражданину причинен моральный вред (физические или нравственные страдания) действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину другие нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных

законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда (ст. 151 ГК РФ) [31].

«Необходимым условием привлечения медицинского учреждения или персонала к ответственности служит причинная связь между их противоправным поведением и наступившим вредным результатом. Она означает, что одно явление (причина) предшествует другому (следствию) и порождает его. Причинная связь имеется там, где существует временная последовательность явлений. Причина всегда предшествует результату. Связь между причиной и следствием всегда объективна, а не случайна» [19, с. 46].

«Применение договорной ответственности требует установления причинно-следственной связи лишь в отношении требований о возмещении убытков, так как для применения остальных форм договорной ответственности требуется усечённый состав правонарушения, не требующий наличия убытков, а, соответственно, и причинной связи» [42, с. 66].

Кроме того, вред может быть вызван несколькими факторами и обстоятельствами, которые усложняют ситуацию. Это особенно актуально в контексте ответственности за вред, причиненный пациенту при медицинской помощи. В медицине существует понятие «множественность причин», которое означает, что для возникновения неблагоприятного результата могут сыграть несколько факторов или обстоятельств. Это может быть связано как с самим состоянием пациента, так и с процессом оказания медицинской помощи.

Определение каждой причины вредоносного результата и оценка значимости каждого из этих обстоятельств являются сложными задачами. Для этого требуется проведение тщательного медицинского исследования, анализа медицинских записей и, в некоторых случаях, экспертной оценки.

Важно отметить, что медицинские ошибки и неблагоприятные результаты лечения не всегда являются результатом прямой небрежности или некомпетентности медицинского персонала. Здесь могут влиять и другие

факторы, такие как сложность состояния пациента, наличие сопутствующих заболеваний, непредсказуемость определенных реакций организма и другие обстоятельства.

Установление ответственности в таких случаях требует комплексного подхода, включающего анализ всех доступных данных, экспертные заключения и соответствующие правовые процедуры. Установление причины того следствия, которое выражено в причинении вреда жизни или здоровью гражданина, служит основанием для вывода о причинителе вреда.

Рассмотрим следующее судебное дело. К. Л.П. обратилась в суд с иском к ГБУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница № 22», в котором просит взыскать с ответчика в ее пользу 3 000 000 рублей в счет компенсации морального вреда, 7 000 рублей и 15 000 рублей за понесенные ею юридические расходы, в связи с неправомерным отказом в оказании необходимой медицинской помощи, в необоснованном отказе в госпитализации, что привело к летальному исходу ее сына К.А.В. Бригадой скорой помощи он был доставлен в санпропускник ГКБ № 22 с жалобами на слабость. После осмотра врачом санпропускника К.А.В. отправили домой. После повторного вызова бригадой скорой помощи К.А.В. был экстренно госпитализирован в отделение экстренной хирургии ГКБ №1, где наступил летальный исход. Прокуратурой города Новокузнецка была проведена проверка, в ходе которой был установлен факт незаконного отказа в оказании медицинской помощи К.А.В., имевшего место в приемном покое ГКБ № 22, поскольку дежурным хирургом не были выполнены все необходимые объективные исследования, соответственно, отказ в госпитализации был необоснован. Лечебно-клиническим консилиумом в отношении врача-хирурга по санпропускнику ГБУЗ КО НГКБ №22 была проведена проверка, по результатам которой вынесено решение о неполном объеме осмотра. Все эксперты и проведенные ими проверки пришли к выводу, что показаний для экстренной госпитализации К.А.В. не было, имел место не отказ в оказании медицинской помощи, а неполный объем обследования (не проведен общий

анализ крови) и относится к недостаткам оказания медицинской помощи, который не повлиял на исход заболевания. Кроме того, у больного было наличие проблем со стороны здоровья задолго до обращения. Экспертиза не нашла прямой причинно-следственной связи выявленного дефекта оказания медицинской помощи с наступлением смерти. И соответственно суд отметил, что истцом не предъявлено допустимых и достаточных доказательств, подтверждающих виновные действия со стороны ответчика и наличие причинно-следственной связи при оказании ответчиком медицинской помощи и наступлением неблагоприятного исхода – смертью сына истицы – К.А.В. По решению суда в исковых требованиях отказано. По смыслу положений ст. ст. 55, 86 ГПК РФ экспертное заключение является одним из видов доказательств по делу, поскольку оно отличается использованием специальных познаний и научными методами исследования, тем не менее, суд при наличии в материалах рассматриваемого дела заключения эксперта не может пренебрегать иными добытыми по делу доказательствами, в связи с чем, законодателем в ст. 67 ГПК РФ закреплено правило о том, что ни одно доказательство не имеет для суда заранее установленной силы, а в положениях ч. 3 ст. 86 ГПК РФ отмечено, что заключение эксперта для суда необязательно и оценивается наряду с другими доказательствами [27].

В медицине прямая (непосредственная) связь бывает в чрезвычайно редких случаях, так как процесс оказания медицинской помощи растянут во времени, в нем принимают участие, как правило, несколько медицинских работников.

Рассмотрим следующий пример. ФИО обращалась в поликлинику № ГБУЗ МО «Балашихинская областная больница», с целью получения медицинской помощи и где, по ее мнению, «залечили». В последующем она попала в хирургическом отделении с диагнозом: ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, обострение, кроме того, больная была вынуждена уволиться с работы. Истец ФИО просила суд признать ответчика ГБУЗ Московской области «Балашихинская областная больница» виновным в

неоказании ей медицинской помощи; взыскать с ответчика ГБУЗ Московской области «Балашихинская областная больница», в её пользу, сумму материального ущерба в виде утраченного заработка, в размере 2 556 000 руб. и компенсацию морального вреда, в размере 2 556 000 руб. Суд в данном случае в удовлетворении иска отказал поскольку наличие причинно-следственной связи между действиями работников ответчика и ухудшением состояния здоровья у истца судом не было установлено. Хотя в ходе судебного заседания, судом на обсуждение ставился вопрос о назначении по делу судебной медицинской экспертизы для определения качества оказания истцу медицинской помощи, на что истец от назначения по делу судебной медицинской экспертизы отказалась, просила суд рассмотреть дело по имеющимся доказательствам, указав, что в материалах дела достаточно доказательств, подтверждающих некачественное предоставление ей медицинской помощи [28].

В пользу важности и наличия экспертизы можно предоставить и данные другого дела по иску Н. О. Н. к ГАУЗ «Брянский клиничко-диагностический центр», ГАУЗ «Брянская городская станция скорой медицинской помощи», ГАУЗ «Брянская городская больница №1» и ГАУЗ «Брянская областная больница №1» о защите прав потребителя в связи с оказанием некачественной медицинской помощи его брату, которому было проведено некачественное лечение в стационаре кардиологического отделения и в ходе чего наступила его смерть 22.11. 2014г. Истец просил суд взыскать с ответчиков по 1500000 руб. с каждого. Акты ТФ ОМС Брянской области подтверждают наличия дефекты оказания медицинской помощи - обследование не соответствует стандарту оказания медицинской помощи больному с ОИМ, дефекты лечения – необоснованное назначение ряд препаратов, невыполнение порядка и стандарта оказания медицинской помощи с ОИМ Учитывая это истец отказался от проведении судебно-медицинской экспертизы посчитав, что представленных доказательств достаточно и назначение по делу экспертизы приведет к затягиванию

рассмотрения дела. Однако это не означает право суда самостоятельно разрешить вопросы, требующие специальных познаний в определенной области науки.

Представленные истцом материалы дела, акты ТФ ОМС, не явились доказательством противоправных действий медицинских работников, которые повлекли смерть пациента и соответственно суд посчитал, что отсутствуют основания для признания ответчиков ответственным за вред.

Уголовные преступления работников здравоохранения можно разделить на три группы: профессиональные преступления, должностные медицинские преступления и преступления, за которые медицинские работники привлекаются на общих основаниях.

Если говорить об уголовной ответственности, то под профессиональными преступлениями медицинских работников понимаются такие, которые совершаются при осуществлении профессиональных функций с нарушением предписаний законодательства, современных требований медицинской науки и практики, положений медицинской этики и врачебной деонтологии.

Некоторые авторы относят следующее основные виды профессиональных преступлений, совершаемые медицинскими работниками:

- причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей;
- причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей;
- понуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации;
- заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей;
- незаконное проведение искусственного прерывания беременности;
- неоказание помощи больному;

- незаконное помещение в психиатрический стационар;
- нарушение неприкосновенности частной жизни, совершенное лицом с использованием своего служебного положения;
- подмена ребенка;
- разглашение тайны усыновления (удочерения);
- незаконное производство, сбыт или пересылка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов лицом с использованием своего служебного положения;
- нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ;
- хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ;
- незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ;
- незаконный оборот сильнодействующих или ядовитых веществ в целях сбыта;
- незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью;
- нарушение санитарно-эпидемиологических правил;
- сокрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей.

Возможно привлечение работников здравоохранения к уголовной ответственности за совершение преступлений, которые связаны с выполнением медицинским работником должностных обязанностей:

- злоупотребление должностными полномочиями;
- должностных полномочий;
- получение взятки;
- служебный подлог;

- халатность.

По объекту уголовно-правовой охраны преступления, совершаемые медицинскими работниками, можно разделить на:

- преступления против жизни и здоровья, к ним относятся:
- причинение смерти по неосторожности;
- умышленное причинение тяжкого вреда здоровью;
- причинение средней тяжести вреда здоровью;
- причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности, совершенное вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей;
- заражение ВИЧ — инфекцией;
- незаконное производство аборта;
- неоказание помощи больному;
- незаконное помещение в психиатрический стационар.

Преступления направленные против здоровья населения и общественной нравственности, к ним относятся:

- нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ;
- хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ, а также растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества;
- склонение спортсмена к использованию субстанций и (или) методов, запрещенных для использования в спорте;
- использование в отношении спортсмена субстанций и (или) методов, запрещенных для использования в спорте;

- незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ;
- незаконный оборот сильнодействующих или психотропных веществ в целях сбыта;
- незаконный оборот новых потенциально опасных психоактивных веществ;
- незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности;
- незаконное производство лекарственных средств и медицинских изделий;
- нарушение санитарно-эпидемиологических правил;
- производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности;
- обращение фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и оборот фальсифицированных биологических активных добавок;

Преступления, направленные против государственной власти интересов государственной службы и службы в органах местного самоуправления, к ним относятся [22, с. 43]:

- злоупотребление должностными полномочиями;
- превышение должностных полномочий;
- получение взятки;
- мелкое взяточничество;
- служебный подлог;
- халатность.

Также преступления медицинских работников можно классифицировать по субъекту уголовно-правовой охраны:

- специальный субъект преступления, то есть должностное лицо подлежат ответственности по статьям 228.2, 229, 233, 234, 235, 285, 286, 290, 292, 293 УК РФ;
- лицо, обязанное оказывать медицинскую помощь во исполнении своих профессиональных обязанностей по статьям ч.2 ст.109 УК РФ, ч.2 ст. 118 УК РФ, статьи 122, 123, 124, 125, 128 УК РФ.

Весьма действенным фактором, обеспечивающим соблюдение прав граждан на охрану здоровья, выступает административная ответственность медицинских работников за допущенные ими нарушения.

Можно прийти к выводу, что в настоящее время в законодательстве предусмотрены меры юридической ответственности за разнообразные преступления, которые могут совершаться медицинскими работниками и учреждениями здравоохранения в области реализации гражданами своего права на охрану здоровья.

Заключение

Истоки формирования медицинского законодательства можно проследить в древних цивилизациях, таких как Древний Египет, Древняя Греция и Римская империя. В то время уже существовали правила и законы, регулирующие медицинскую практику и обязанности врачей. В Древнем Египте были созданы первые медицинские школы, где врачи получали образование и проходили стажировку. Египетские папирусы содержали медицинские рецепты и инструкции по лечению различных заболеваний. Также существовали правила, которые регулировали ответственность врачей за ошибки и неправильное лечение.

В Древней Греции было разработано первое этическое правило для врачей, известное как «Гиппократова присяга». Эта присяга устанавливала основные принципы поведения врачей, такие как конфиденциальность, ненавязчивость и отказ от причинения вреда пациентам.

В Римской империи также существовали законы, регулирующие практику медицины. Право внесения изменений в закон, регламентирующий порядок оказания медицинской помощи, давалось только медицинским специалистам, и были установлены штрафы за некомпетентное или небрежное лечение.

Однако современное врачебное право, как отдельная сфера нормативного регулирования, полностью сформировалось только в 90-х годах с принятием основных законов Российской Федерации об охране здоровья граждан и регулировании врачебной деятельности.

В 1991 году был принят закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан», который оказал значительное влияние на развитие системы здравоохранения и формирование процессов медицинского страхования граждан в России. Этот закон описывает принципы и порядок организации медицинского страхования, права и обязанности страховых компаний, а также гарантии доступа населения к медицинским услугам.

Законы и нормативные акты, принятые с того времени, регулируют работу организаций здравоохранения, обязанности и ответственность медицинского персонала, качество и безопасность медицинской помощи, права пациентов и другие важные аспекты [44].

Современные нормативные акты в медицинском законодательстве являются результатом долгого процесса эволюции и усовершенствования правового регулирования в сфере здравоохранения. Они стремятся обеспечить качество и безопасность медицинской помощи для граждан, защитить права и интересы пациентов, а также регулировать профессиональную деятельность врачей и организаций здравоохранения.

Медицинская помощь гражданам России гарантируется и предоставляется, на основании принципов и норм международного правового института медицинского права, в соответствии с правами, закрепленными Основным законом Российской Федерации, и регулируется нормами законодательства, обеспечивающего функционирование системы охраны и защиты здоровья, при этом определены основные принципы правовых, экономических и организационных направлений соответствующей деятельности.

Уровень оказываемой гражданам медицинской помощи не всегда соответствует критериям хорошего качества и высокого уровня. Пациенты все чаще остаются недовольными качеством медицинской помощи, ее своевременностью, результатом лечения и отношением медицинского работника, порой очень грубым и недоброжелательным, в нарушение этики и деонтологии со стороны врача. Врач неправильно выстраивает разговор с пациентом, ставя приоритет не на здоровье пациента, а на свою значимость перед ним. Это обусловлено как болезнью пациента, так и отсутствием у последнего специальных познаний в области медицины, которые есть у врача.

При обращении пациента в суд возникают другие трудности. Например, при определении степени нанесенного вреда здоровью необходимо назначать

судебно-медицинскую экспертизу, которая оказывает существенное влияние на принятие судьей решения по делу. Решение имеющихся проблем видится в конкретизации гражданско-правовых норм. Например, издание федерального закона, регламентирующего общие положения защиты прав пациентов, а также содержащего основные понятия, касающиеся обеспечения прав граждан на охрану здоровья, позволило бы устранить проблемы защиты прав пациентов. Новый федеральный закон включил бы в себя перечень прав пациентов и способов их защиты, определил основные термины и механизмы, используемые в сфере защиты прав пациентов. Высокая значимость судебно-медицинского заключения для установления и доказывания обстоятельств, исключающих преступность деяния или смягчающих наказание, основана на той роли, которую выполняет экспертиза при решении вопроса о наличии или отсутствии условий крайней необходимости либо обоснованности риска при медицинском вмешательстве с причинением вреда здоровью.

Список используемой литературы и используемых источников

1. Агоян В.А. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь - важнейшее право человека и гражданина // Вестник науки. 2019. Т. 3, № 8(17). С. 28-32.
2. Ашиткова Т.В. Проблемные аспекты реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь // Законы России: опыт, анализ, практика. 2019. № 2. С. 16-20
3. Багдасарян Д.Х. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в системе прав человека // Форум молодых ученых. 2021. № 6(58). С. 119-121.
4. Базарова Г.С. Сущность и содержание конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь // Медицина и право: регулирование и судебная практика: Материалы международной научно-практической конференции, организованной в рамках празднования 30-летия Независимости Республики Казахстан, Нур-Султан, 28 октября 2021 года. С. 20-27.
5. Бренева М.О. Охрана здоровья и медицинская помощь как конституционное право граждан // Ученые записки Тамбовского отделения РoСМУ. 2019. № 13. С. 36-40.
6. Боровкова В.В. Право на охрану здоровья: понятие, содержание / В. В. Боровкова // Молодой ученый. 2020. № 46 (336). С. 188-190.
7. Большедворов Ю.А. Проблемы реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь // Конституционные права и свободы человека и гражданина в Российской Федерации: проблемы реализации и защиты : Материалы межвузовской (ежегодной) студенческой конференции, Иркутск, 20 ноября 2019 года. С. 42-47.
8. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 № 14-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 29.01.1996, № 5, ст. 410

9. Геворгян А.С. Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2021. № 5-3(56). С. 66-68.

10. Голокова К.В. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации как естественное право человека // Global and Regional Research. 2020. Т. 2, № 3. С. 149-154.

11. Гербекова К.А. Защита органами прокуратуры прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь // Сборник научных трудов кафедры правовой культуры и защиты прав человека: Сборник научных работ преподавателей, аспирантов, магистрантов и студентов. Том Выпуск 3. Ставрополь: Общество с ограниченной ответственностью «Издательско-информационный центр «Фабула», 2019. С. 194-196.

12. Горбачева С.В. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь: конституционный аспект // XXVIII Всероссийский съезд сердечно-сосудистых хирургов : Тезисы докладов, Москва, 20–23 ноября 2022 года. С. 199.

13. Демченко В.А. Конституционные гарантии прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в контексте уголовно-правового регулирования // Сибирские уголовно-процессуальные и криминалистические чтения. 2019. № 1 (23). С. 50-56.

14. Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»// Российская газета, № 8, 16.01.1996

15. Зангерова Е. Ю. Отдельные проблемы обеспечения прав пациента на охрану здоровья и медицинскую помощь // Студенческая наука и XXI век. 2020. Т. 17, № 1-2(19). С. 484-486

16. Исаева А.Б. Конституционное право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь // Современные тенденции развития гуманитарных, правовых и экономических исследований Республики Калмыкия: теория и практика : Сборник материалов II Республиканской студенческой научно-практической конференции, Элиста, 27 марта 2020 года. С. 93-98.

17. Куликова А.В. Формы защиты конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации // Актуальные проблемы взаимодействия общественности с органами государственной власти и органами местного самоуправления: Материалы IV Всероссийской научно–практической конференции, Саранск, 22 ноября 2018 года. С. 81-87.
18. Кулешов Г.Н. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь как конституционная ценность. М.: Саратовский источник, 2020. 111 с.
19. Литовко К.С. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в условиях эпидемии // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Право. 2022. № 4(51). С. 96-108.
20. Мунатов М.С. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь как один из основных принципов Конституции Российской Федерации // Сибирские уголовно-процессуальные и криминалистические чтения. 2019. № 1(23). С. 104-108.
21. Морозова Е.Р. Механизм реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации // Альманах мировой науки. 2021. № 6(49). С. 23-24.
22. Моисеев Н. Д. Понятие права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации // Молодой ученый. 2019. № 40 (278). С. 114-115.
23. Мокрушина В.А. Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь: вопросы теории и практики // Обеспечение безопасности личности, общества и государства в условиях глобализации: правовые проблемы и перспективы: Сборник статей 49-ой Всероссийской научной конференции студентов, магистров и молодых ученых, посвященной празднованию 90-летия УГПИ УдГУ, Ижевск, 22–23 апреля 2021 года. С. 50-61.
24. Никифорова К.В. Проблемы цифровизации реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь / К. В. Никифорова // Экономика и социум. 2022. № 6-1(97). С. 744-750.

25. Попов В.М. К вопросу о реализации права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь // Перспективы развития современного гуманитарного знания: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, Стерлитамак, 23–24 марта 2020 года. С. 217-223.

26. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей»// Российская газета, № 156, 11.07.2012

27. Решение Дзержинского районного суда г. Волгограда от 1 ноября 2019 г. по делу №о 2-13612/2019 [Электронный ресурс]. URL: <https://sudact.ru> (дата обращения: 16.11.2023).

28. Решение Центрального районного суда города Оренбурга от 28 мая 2020 г. №о 2-39/2020 [Электронный ресурс]. URL: <https://sudact.ru> (дата обращения: 16.11.2023).

29. Решение Центрального районного суда города Новокузнецка Кемеровской области от 24 сентября 2019 г. по делу №о 2-806/2019 [Электронный ресурс]. URL: <https://sudact.ru> (дата обращения: 16.11.2023).

30. Решение Мирowego судьи судебного участка № 83 в Советском судебном районе в городе Омске Дело № 2-7948/2019 [Электронный ресурс]. URL: <https://sudact.ru> (дата обращения: 16.11.2023).

31. Решение суда № 2-3184/2019 2-3184/2019~М-2152/2019 М-2152/2019 от 10 июня 2019 г. по делу № 2-3184/2019 [Электронный ресурс]. URL: <https://sudact.ru> (дата обращения: 16.11.2023).

32. Санаров А.С. Особенности реализации права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь // Актуальные проблемы современной науки: взгляд молодых: сборник трудов VIII Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, Челябинск, 23 апреля 2019 года. Челябинск: Южно-Уральский институт управления и экономики, 2019. С. 129-133.

33. Стерлягова Ю.С. К вопросу определения содержания конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь в

России // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Экономика и право. 2019. № 1. С. 96-98

34. Скуридина Ю.В. К вопросу о судебной защите права на охрану здоровья и медицинскую помощь // Студенческий вестник. 2020. № 8-1(106). С. 77-80

35. Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю., Шахабов И.В. Телемедицинские технологии как инструмент повышения доступности медицинской помощи для населения на современном этапе: ключевые проблемы и перспективы развития // Главврач. 2020. № 5. С. 44-48.

36. Стребкова Е.Г. Проблемы реализации права иностранных граждан и лиц без гражданства на охрану здоровья и медицинскую помощь // Вестник Саратовской государственной юридической академии. 2020. № 5(136). С. 78-87.

37. Теплых Г.С. Развитие способов обеспечения конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь // Моя профессиональная карьера. 2020. Т. 2, № 12. С. 110-114.

38. Тимофеев И.В. О содержании права каждого на доступную и качественную медицинскую помощь в конституции РФ, федеральном законодательстве и конституциях (уставах) субъектов РФ / Российское право: Образование. Практика. Наука. 2019. № 1. С. 108-111.

39. Тимофеев И.В. Конституционный Суд Российской Федерации в механизме защиты права каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь // Журнал Конституционного правосудия. 2019. № 1. С. 28-32.

40. Устаев Н.Р. Гарантии реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь в РФ // Академия педагогических идей Новация. Серия: Студенческий научный вестник. 2021. № 6. С. 49-54.

41. Узловенко В.С. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в системе прав человека // Академия педагогических идей Новация. Серия: Студенческий научный вестник. 2021. № 6. С. 75-80.

42. Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 № 63-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 17.06.1996, № 25, ст. 2954
43. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // «Российская газета», № 263, 23.11.2011
44. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»// «Российская газета», № 274, 03.12.2010
45. Шаназарова Е.В. Право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь // Тенденции развития науки и образования. 2023. № 96-6. С. 101-103.
46. Шахкелдов Ф.Г. Актуальные вопросы исполнения конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в период коронавируса // Юристъ-Правоведъ. 2021. № 1(96). С. 47-50.
47. Швец Ю.Ю. Содержание конституционного права на охрану здоровья // Евразийская адвокатура. 2019. №5. С. 70-78.
48. Шелегова Д. А. Проблемы реализации права на охрану здоровья в РФ // Молодой ученый. 2020. № 25 (315). С. 315-317.
49. Шейшеева Ш.Э. Институциональные основы обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь // Modern Science. 2022. № 2-1. С. 264-268.