

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт _____ Кафедра _____
Юридический «Государственно-правовые дисциплины»
Направление подготовки (специальность) 40.03.01 Юриспруденция
Профиль Правозащитная деятельность

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую
помощь

Студент (ка) 15зюю52 Руса 31.05.2020 Русина Ксения Викторовна
номер группы подпись, дата фамилия, имя, отчество полностью

Научный руководитель к.ю.н., доцент
должность

ПГУ Данилова В.А.
наименование организации подпись, дата фамилия, инициалы

Консультанты:

ПО	наименование раздела, инициалы, должность	подпись, дата	фамилия, инициалы
ПО	наименование раздела, инициалы, должность	подпись, дата	фамилия, инициалы
ПО	наименование раздела, инициалы, должность	подпись, дата	фамилия, инициалы

Нормоконтролер: к.и.н., доцент Д Догачева Н.В.
должность подпись, дата фамилия, инициалы

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 22.05 № 11)
Заведующий кафедрой Р Романовская О.В.
подпись фамилия, инициалы

Работа защищена с отметкой _____ (протокол заседания ГЭК от 201 г.
№ _____).

Секретарь ГЭК В Вдовина Т.Е.
подпись фамилия, инициалы

Пенза 2020

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Юридический институт

Направление «Юриспруденция»

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой ГПД

название

_____/ О.В. Романовская /
(инициалы и фамилия)

«__» _____ 2020 г.

ЗАДАНИЕ

на выпускную квалификационную работу студента гр.№153ЮЮ52

Русиной Ксении Викторовны

1. Тема работы Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь

2. Научный руководитель доцент, к.ю.н. Данилова Валерия Александровна

3. Дата выдачи задания 20.04.2020 г.

4. Срок сдачи студентом законченной работы 31.05.2020 г.

5. Перечень подлежащих разработке вопросов:

- право на охрану здоровья и медицинскую помощь в современной России;
- государственные гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи как реализация социальной функции государства;
- конституционно-правовая концепция развития регулирования общественных отношений при оказании медицинской помощи в современной России;
- проблемы ответственности медицинских работников за нарушение конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- проблемы нормативно-правового обеспечения некоторых видов медицинской помощи.

6. Консультанты по работе, с указанием относящихся к ним разделов работы

Раздел	Консультант	Подпись, дата	
		Задание выдал	Выполненное задание принял
Введение		20 апреля 2020 г. Данилова В.А. 	29 апреля 2020 г. Данилова В.А. 
Общие положения о конституционном праве на охрану здоровья и медицинскую помощь		29 апреля 2020 г. Данилова В.А. 	8 мая 2020 г. Данилова В.А. 
Проблемные аспекты реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь		8 мая 2020 г. Данилова В.А. 	19 мая 2020 г. Данилова В.А. 
Заключение		19 мая 2020 г. Данилова В.А. 	31 мая 2020 г. Данилова В.А. 

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О КОНСТИТУЦИОННОМ ПРАВЕ НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ	8
1.1 Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в современной России.....	8
1.2 Государственные гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи как реализация социальной функции государства	15
1.3 Конституционно-правовая концепция развития регулирования общественных отношений при оказании медицинской помощи в современной России.....	23
2 ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ	32
2.1 Проблемы ответственности медицинских работников за нарушение конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь.....	32
2.2 Проблемы нормативно-правового обеспечения некоторых видов медицинской помощи	49
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	60
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	63

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь проявляется в том, что сегодня, в реалиях максимальной загрузки системы здравоохранения, вызванной распространением коронавирусной инфекции COVID-19, перед обществом и государством стоят вопросы пересмотра конституционных основ права на охрану здоровья и медицинскую помощь. Практика борьбы с коронавирусной инфекцией в различных странах показывает, что в экстренных ситуациях, конституционные права граждан могут быть ограничены и действовать избирательно, что ставит под сомнение принцип равенства всех перед законом и равенства прав граждан.

Эффективность правового регулирования данной сферы, спорные вопросы правоприменительной практики, позволяют говорить о наличии проблемы регулирования данных отношений. Высокая значимость данного института в обществе приводит к необходимости защиты как самого общества, так и государства от всевозможных коллизий и пробелов законодательства в данной области.

Институт конституционного права, в целом, а также проблемы реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь, в частности, стали объектом исследования многих отечественных ученых, среди которых необходимо выделить: А.А. Лихолетова, Е.В. Медведева, Н.Н. Надежина, А.А. Павлова, Н.В. Панову, М.Н. Попова, Д.В. Прохоренко, А.Ф. Пьянкова, И.М. Середу, А.А. Соловьева, С.В. Суханова, Т.Д. Устинову, Е.В. Хромова, С.А. Чернякова, Ю.В. Чукичева, М.Д. Шапсугову, С.А. Щеглову и других отечественных деятелей юриспруденции.

Объектом исследования являются общественные отношения, возникающие в связи с реализацией конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Предметом исследования нормативно-правовые акты, регулирующие общественные отношения, возникающие в связи реализацией конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также правоприменительная практика в данной области.

Цель работы заключается в актуальном анализе проблем и противоречий общественных отношений, возникающих в связи реализацией конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Задачами исследования выступают:

- анализ права на охрану здоровья и медицинскую помощь в современной России;
- исследование государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи как реализация социальной функции государства;
- характеристика конституционно-правовой концепции развития регулирования общественных отношений при оказании медицинской помощи в современной России;
- выявление проблем ответственности медицинских работников за нарушение конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- выявление проблем нормативно-правового обеспечения некоторых видов медицинской помощи.

Материалы данной работы могут быть использованы при чтении лекционных курсов и в практике преподавания курса права в ВУЗах, при подготовке учебных и методических пособий для студентов и преподавателей. Материалы работы могут оказать помощь школьникам и студентам при подготовке к научным конференциям и семинарским занятиям, в написании рефератов, курсовых и дипломных работ, а также статей.

В работе использовался широкий круг источников и литературы, касающихся вопросов реализации конституционных прав.

Методологическая база исследования сформировалась в результате

изучения и использования большого теоретического и практического материала, нормативно-правовых актов, официальных документов, литературных источников и публикаций. Это вызвало необходимость применения разнообразных методов исследования, в числе которых системный, конкретно-исторический, структурно-функциональный, поисковый, а также метод сравнительного правоведения.

Структура работы продиктована целью и задачами исследования. Настоящая работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и приложения.

1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О КОНСТИТУЦИОННОМ ПРАВЕ НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

1.1 Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в современной России

Сохранение здоровья нации практически во всех странах возведено в ранг вопросов национальной безопасности. Действия, направленные на улучшение здоровья людей, следует признать в качестве как показателя социальной сознательности той или иной страны, так и способа инвестирования в ее людские ресурсы.

Конституция Российской Федерации гарантирует каждому право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Наличие четкой политики в области охраны здоровья позволяет достичь следующих результатов: политика определяет видение будущего, что, в свою очередь, позволяет установить цели и ориентиры на долгосрочную, среднесрочную и краткосрочную перспективу, ранжировать приоритеты и учесть ожидания различных групп населения, помогает формировать консенсус в обществе. ВОЗ рекомендует всем государствам-участникам иметь всеобъемлющую национальную политику в сфере охраны здоровья населения. Наличие отдельной политики является ключом к согласованию приоритетов государства с реальными потребностями населения в сфере здравоохранения¹.

В Российской Федерации отсутствует легальное определение государственной политики в области охраны здоровья. В Стратегии национальной безопасности Российской Федерации только указывается, что для реализации такого важнейшего направления обеспечения национальной безопасности, как развитие здравоохранения и укрепление здоровья населения Российской Федерации, проводится долгосрочная государственная политика в сфере охраны здоровья граждан.

¹ Записная Т.В. Понятие государственной политики в области охраны здоровья населения // Медицинское право. 2019. № 5. С. 14 - 18.

В ряде научных работ можно встретить определение государственной политики в сфере здравоохранения. В частности, М.М. Левкевич под государственной политикой в сфере здравоохранения понимает систему ценностей и целей, совокупность управленческих мер, решений и действий, направленных на обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в надлежащем объеме и соответствующего качества для снижения смертности, повышения рождаемости, увеличения продолжительности жизни населения страны¹. Согласно определению, выработанному Ф.З. Хасановым, государственная политика в области здравоохранения - это совокупность решений или обязательств государства по проведению органами власти согласованного курса действий в системе оказания медицинской помощи, направленных на достижение поставленных задач и целей по улучшению здоровья населения². Стоит отметить, что оба определения в той или иной степени смещают акцент в сторону оказания медицинской помощи. Вместе с тем в международной практике политика в сфере оказания медицинской помощи является составной частью национальной политики в области охраны здоровья населения. Это связано с тем, что на уровне международных документов право на медицинскую помощь не выделяется как самостоятельное, а входит в состав права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Поэтому государственная политика в сфере здравоохранения гораздо шире и не ограничивается рамками оказания медицинской помощи.

В настоящее время ВОЗ разрабатывает глоссарий терминов по укреплению здравоохранения. Глоссарий предназначен для всех, кто в той или иной форме участвует в работе по укреплению систем здравоохранения и повышению эффективности помощи, предоставляемой странам. Он также позволяет прийти к единообразному употреблению терминов в разных

¹ Левкевич М.М. Основные направления государственной политики в сфере здравоохранения / М.М. Левкевич // Сибирская финансовая школа. 2012. № 1. С. 19 - 25.

² Хасанов Ф.З. Политика государства в области здравоохранения в условиях модернизации российского общества // Вестник Башкирского университета. 2011. № 1. С. 45.

странах. Согласно указанному глоссарию политика в области здравоохранения - это комплекс решений или обязательств по проведению мероприятий, направленных на достижение определенных целей в области улучшения здоровья, с указанием или выводом ценностей, лежащих в основе этих решений. Политика в области здравоохранения может указывать или не указывать источник финансирования, который может быть применен к мероприятию, механизмы планирования и управления, которые будут приняты для осуществления политики, и соответствующие учреждения, которые будут задействованы¹.

Государственной политике в сфере охраны здоровья присущи следующие признаки. Первый признак - это правовой характер. Правовой характер заключается в том, что в основе такой политики лежат нормы международного права, Конституция Российской Федерации и федеральное законодательство, гарантирующее право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Государственная политика в сфере охраны здоровья осуществляется правовыми средствами. Вторым признаком является формирование и реализация государственной политики в сфере охраны здоровья специально уполномоченными субъектами. Согласно ст. 14 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» проведение единой государственной политики в сфере охраны здоровья отнесено к полномочиям федеральных органов государственной власти. Президент Российской Федерации является субъектом государственной политики в сфере охраны здоровья населения в силу положений Конституции Российской Федерации, как лицо, определяющее основные направления внешней и внутренней политики государства. Третьим признаком является направленность такой политики на достижение социально значимых целей. В данном случае это направленность на достижение наивысшего уровня физического и психического здоровья. Государственная политика в области охраны здоровья

¹ Беспалов Ю.Ф. Некоторые проблемы применения семейного законодательства в части государственной охраны и защиты ребенка при непосредственной угрозе его жизни или здоровью и пути их решения // Семейное и жилищное право. 2019. № 4. С. 4 - 7.

и медицинской помощи также должна отвечать признаку справедливости. Стоит заметить, что данный признак достаточно хорошо прослеживается в документах, фиксирующих международную и европейскую политику в данной сфере, но недостаточно четко закреплён в российских программных документах.

Государственной политике в сфере охраны здоровья в целом присущи все основные функции как общей государственной политики, так и социальной политики. Вместе с тем хотелось бы выделить следующие функции, характерные именно для государственной политики в сфере охраны здоровья населения:

- обеспечение социальной безопасности общества;
- выработка стандарта реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- выражение интересов всех слоев и групп общества в сфере охраны здоровья (интегративная функция);
- защита прав граждан в сфере охраны здоровья и медицинской помощи;
- выработка стратегии, целевых программ, дорожных карт развития в сфере охраны здоровья населения (теоретико-прогностическая функция)¹.

К стратегическим целям в сфере охраны здоровья населения отнесены увеличение продолжительности жизни, снижение уровня инвалидности и смертности населения, увеличение численности населения; повышение доступности и качества медицинской помощи; совершенствование вертикальной системы контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных средств; соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

В основу европейской политики здравоохранения «Здоровье-2020» положена цель «значительно улучшить здоровье и повысить уровень благополучия населения, сократить неравенство в отношении здоровья,

¹ Записная Т.В. Понятие государственной политики в области охраны здоровья населения // Медицинское право. 2019. № 5. С. 14 - 18.

укрепить охрану общественного здоровья и обеспечить наличие универсальных, социально справедливых, устойчивых и высококачественных систем здравоохранения, ориентированных на человека».

Нормативным оформлением государственной политики в сфере здравоохранения являются стратегии, государственные и муниципальные программы, национальные проекты, дорожные карты, концепции. К числу основных документов, отражающих государственную политику Российской Федерации в сфере здравоохранения, следует отнести Стратегию национальной безопасности Российской Федерации, Стратегию развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года, Указ Президента РФ «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». Вопросы охраны здоровья включены в достаточно большое количество программных документов не только в области здравоохранения, но и в других областях деятельности. Таким образом, на практике реализуется принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях. Данный принцип необходим для того, чтобы охрана здоровья стала приоритетом не только для сектора здравоохранения, но и для других секторов, а также для определения роли того или иного сектора в области охраны здоровья населения¹.

Государственная политика в области охраны здоровья как система состоит из относительно самостоятельных, взаимосвязанных частей, выступающих в качестве ее структурообразующих элементов. Для того чтобы определиться с этими элементами, необходимо отталкиваться в первую очередь от содержания понятия здравоохранения, закреплённого в национальном законодательстве.

Определение охраны здоровья закреплёно в ст. 2 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан». Анализ данного определения позволяет выделить основные направления охраны здоровья, к

¹ Платонова Н.И., Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю. Особенности государственного регулирования в сфере охраны здоровья граждан на современном этапе в Российской Федерации // Государственная власть и местное самоуправление. 2019. № 7. С. 50 - 55.

которым относятся: профилактика заболеваний, сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи. На базе данной дефиниции, а также с учетом иных программных документов можно выделить следующие структурообразующие элементы государственной политики в сфере охраны здоровья населения:

- организация системы здравоохранения, управления ею, включая финансовые вопросы;
- профилактика заболеваний;
- предоставление медицинской помощи;
- контроль качества медицинской помощи;
- биологическая безопасность;
- кадровые ресурсы здравоохранения;
- медицинские продукты, вакцины и технологии;
- информатизация здравоохранения;
- лекарственное обеспечение¹.

Данные элементы образуют отдельные направления государственной политики в области охраны здоровья и содержат внутри себя еще ряд направлений. К примеру, государственная политика в области предоставления медицинской помощи включает в себя вопросы оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи. Все эти вопросы находят отражение в ряде федеральных проектов и ведомственных целевых программ, таких как Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», Ведомственная целевая программа «Совершенствование оказания скорой медицинской помощи и деятельности Всероссийской службы медицины катастроф»,

¹ Алексеева Л.П. Вопросы государственного управления в сфере здравоохранения / Л.П. Алексеева // Труды Института государства и права Российской академии наук. 2015. № 4. С. 125 - 138.

Ведомственная целевая программа «Высокотехнологичная медицинская помощь и медицинская помощь, оказываемая в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации». Одним из направлений по организации системы здравоохранения является создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, которая направлена на внедрение технологий бережливого производства (lean-технологий), способствующих созданию пациентоориентированной системы оказания медицинских услуг и благоприятной производственной среды по направлениям: обеспечение безопасности и качества, исполнение заказов, устранение потерь и сокращение затрат, создание корпоративной культуры¹.

В самом общем смысле государственную политику в сфере охраны здоровья населения можно определить как совокупность планов, решений и действий, которые представляется необходимым предпринять для достижения конкретных целей в области охраны здоровья населения.

Если определять государственную политику в сфере здравоохранения через призму Стратегии национальной безопасности, то можно дать следующее определение. Государственная политика в сфере здравоохранения - это система мер нормативно-правового, финансово-экономического, организационно-управленческого характера, направленная на устранение угроз национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан и минимизацию факторов, негативно влияющих на национальную безопасность в сфере охраны здоровья граждан.

Подводя итог вышесказанному, можно определить государственную политику в сфере здравоохранения как направление деятельности Российской Федерации, представляющее собой систему мер нормативно-правового, финансово-экономического, организационно-управленческого, информационно-аналитического, кадрового и научного характера,

¹ Батиевская В.Б. Повышение качества государственного управления здравоохранением как необходимое условие его успешного развития / В.Б. Батиевская // Социогуманитарный вестник. 2013. № 2. С. 42 - 44.

реализуемых на основе взаимодействия со всеми заинтересованными сторонами, направленных на соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

1.2 Государственные гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи как реализация социальной функции государства

В настоящее время большое внимание уделяется сущности государства, которую можно увидеть через реализацию основных функций. Одной из предпосылок стабильности общества является надлежащее выполнение государством своих задач (сегодня приобретает особую значимость вопрос реализации социальной функции). В соответствии с Конституцией Российской Федерации Россия - социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.

Так, социальная функция многообразна по содержанию и масштабная по объему деятельности. Главное ее назначение - обеспечить общественное благосостояние, создать равные возможности для всех граждан в сфере социального обеспечения. В реализации социальной функции особое место принадлежит государственной политике в сфере здравоохранения граждан.

Медицинская помощь является составной частью важнейших задач современного правового государства. Нужно обратить внимание прежде всего на соответствующие положения нормативно-правового характера, которые способствуют формированию и развитию социальной функции страны посредством предоставления эффективных и качественных услуг в медицинской деятельности¹.

В связи с этим актуальность исследования обусловлена необходимостью выявления особенностей предоставления бесплатного оказания медицинской

¹ Богма К.А. Особенности государственной политики в сфере здравоохранения / К.А. Богма // Здравоохранение Российской Федерации. 2016. Т. 60. № 3. С. 162 - 167.

помощи как одного из условий социального обеспечения граждан в контексте реализации социальных задач современного государства.

Медицинская помощь, в том числе предоставление лекарственных средств, необходимых для ее оказания, может осуществляться в различных формах, условиях и видах. Таким образом, первичная медико-санитарная помощь включает меры по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, мониторингу беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому воспитанию населения и проводится в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара в неотложной и плановой формах. Специализированная медицинская помощь - это профилактика, диагностика и лечение заболеваний и состояний (в том числе во время беременности, родов и послеродовом периоде), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинской реабилитации, оказываемых в стационарных условиях. Неотложная медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Паллиативная помощь - это комплекс медицинских вмешательств, направленных на облегчение боли и облегчение других тяжелых проявлений заболеваний с целью улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Она проводится на амбулаторном или стационарном лечении¹.

В абсолютном большинстве случаев оказание медицинской помощи сопровождается использованием необходимых медикаментов. Основания их получения пациентами (бесплатно или за плату) зависят от типа оказываемой им медицинской помощи, от типа и условий или от типа и формы ее предоставления.

¹ Пучкова В.В. Совершенствование обеспечения конституционного права на охрану здоровья // Конституционное и муниципальное право. 2019. № 4. С. 52 - 54.

Закон об основах охраны здоровья граждан не содержит положений, прямо закрепляющих права граждан на предоставление лекарств, в том числе бесплатно. Статья 80 этого законодательного акта, в которой описывается содержание программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам, устанавливает условия обеспечения пациентов лекарственными средствами. Таким образом, при оказании первичной медико-санитарной помощи в дневных и неотложных случаях используются специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная, неотложная медицинская помощь, в том числе срочная специализированная, паллиативная медицинская помощь в условиях больницы, осуществляется обеспечение граждан лекарствами для медицинских применений, включенных в Список основных лекарственных средств. Таким образом, при предоставлении определенных видов медицинской помощи в определенных условиях или формах бесплатное обеспечение пациентов медикаментами не осуществляется.

В то же время не совсем понятно, почему перечень, сформированный с целью обеспечения государственного регулирования цен на определенные лекарственные средства (ст. 60 Закона об обращении лекарственных средств), служит основой для определения объема бесплатных лекарственных средств. Этот недостаток воспринимается законодателем и является одной из задач, провозглашенных в Стратегии лекарственного обеспечения, названо совершенствование порядка формирования списков лекарственных средств медицинского назначения, которые предоставляются в рамках программы «Гарантии бесплатной медицинской помощи гражданам». В настоящее время приняты Правила формирования перечня лекарственных средств медицинского назначения, которые четко регламентируют порядок включения лекарственных средств в соответствующие списки. Закон об основах охраны здоровья граждан предусматривает замену лекарственных препаратов, утвержденных Перечнем основных лекарственных средств,

другими препаратами, которые не включены в приведенный выше список, в случае индивидуальной непереносимости, по жизненным причинам.

Закон об основах охраны здоровья граждан устанавливает, что эта программа распространяется на всех граждан. Содержит перечень видов, форм и условий бесплатной медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи по которым бесплатно; категории граждан, которым предоставляют медицинскую помощь бесплатно; средние стандарты медицинской помощи; средние нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи; среднечеловеческие коэффициенты финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты; базовую программу обязательного медицинского страхования; требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам с точки зрения определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи. Программа государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания граждан ежегодно утверждается Правительством Российской Федерации сроком на 3 года (на следующий финансовый год и на плановый период). В настоящее время принимается Программа государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания граждан, которая действует на всей территории Российской Федерации; в соответствии с этой программой территориальные программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам принимаются субъектами Российской Федерации¹.

Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам (включая территориальные программы) предусматривает финансирование лекарственной поддержки из следующих источников: средств обязательного медицинского страхования, федерального бюджета и

¹ Чеснокова М.Г. Понятие здоровья в контексте ключевых категорий культурно-деятельностного подхода / М.Г. Чеснокова // Вестник Московского университета. Сер. 14: Психология. 2015. № 2. С. 23 - 36.

бюджета субъекта Российской Федерации. Таким образом, программа государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам содержит базовую программу, которая предусматривает финансирование из фондов обязательного медицинского страхования и часть, финансируемую из бюджетной системы Российской Федерации. Необходимо более подробно рассмотреть особенности предоставления лекарственных средств в рамках программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам.

В 1993 году началось формирование системы обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), в результате чего в Российской Федерации была сформирована бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения¹. Таким образом, медицинская помощь может оказываться за счет средств обязательного медицинского страхования, федерального, регионального или местного (в случае передачи органам власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в области охраны общественного здоровья органов местного самоуправления) бюджетов. В настоящее время для определения источника финансирования лекарственной помощи в рамках того или иного вида медицинской помощи необходимо обратиться к Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам на 2019 г. Непосредственно она практически ничего не говорит о поставках лекарств, в ней есть указания на вид медицинской помощи, которая финансируется из того или иного источника. Таким образом, можно выявить особенности финансирования предоставления лекарств пациентам при предоставлении определенных видов медицинской помощи в определенных условиях и формах только путем систематического анализа ст. 80 Закона об основах здоровья граждан и Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на 2019 г.

¹ Лушников А.М., Лушникова М.В., Тарусина Н.Н. Договоры в сфере семьи, труда и социального обеспечения: учебное пособие. М.: Проспект, 2014. С. 381.

В соответствии со ст. 10 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованными по обязательному медицинскому страхованию являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации, иностранные граждане, отдельные категории лиц без гражданства, работающие по трудовому договору, в том числе руководителями организаций, являющимися единственными участниками (учредителями), участники организаций, собственники их имущества или работающие по гражданско-правовым договорам, предметом которых является выполнение работ, оказание услуг и т.д.; самозанятые (индивидуальные предприниматели, частная практика нотариусов, адвокатов, арбитражных управляющих); которые являются членами крестьянских (фермерских) хозяйств; которые являются членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающих в регионах Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, занятых в традиционных секторах экономики; неработающие граждане: дети со дня рождения до достижения 18 лет; неработающие пенсионеры независимо от оснований назначения пенсии; студенты дневной формы обучения в профессиональных учебных заведениях и высших учебных заведениях; безработные граждане, которые зарегистрированы в соответствии с законодательством о занятости населения; один из родителей или опекун, занимающийся уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет; трудоспособные граждане, занимающиеся уходом за детьми с ограниченными возможностями здоровья, инвалидами, людьми, достигшими возраста 80 лет; другие граждане, не работающие по трудовому договору, и граждане, не упомянутые выше, за исключением военнослужащих и аналогичных им лиц при организации оказания медицинской помощи физическим лицам. Таким образом, ОМС является практически универсальным и охватывает широкий круг людей. Страховое покрытие обязательного медицинского страхования определяется в Законе как

выполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи в случае страхового случая и его оплате медицинской организации. Размер страхового покрытия определяется базовой программой обязательного медицинского страхования, которая является неотъемлемой частью программы государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания граждан на соответствующий год.

Так, за счет обязательного медицинского страхования лекарства предоставляются при оказании первичной медицинской помощи застрахованным гражданам в дневном стационаре и в неотложной форме, неотложной медицинской помощи (кроме санитарной и авиационной эвакуации), специализированной медицинской помощи при следующих заболеваниях и состояниях: инфекционные и паразитарные заболевания; новообразования; заболевания эндокринной системы; расстройства пищевого поведения и нарушения обмена веществ; заболевания нервной системы; заболевания крови, кроветворных органов; индивидуальные расстройства с участием иммунного механизма; заболевания глаз и его придатков; заболевания уха и сосцевидного отростка; заболевания системы кровообращения; респираторные заболевания; заболевания пищеварительной системы; заболевания мочеполовой системы; заболевания кожи и подкожной клетчатки; заболевания опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани; травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин; врожденные аномалии (пороки развития); деформация и хромосомные аномалии; беременность, роды, послеродовой период и аборт; определенные состояния, возникающие у детей в перинатальный период; психические и поведенческие расстройства; симптомы, признаки и отклонения от нормы, не связанные с заболеваниями и состояниями. ОМС не предоставляет медицинской и лекарственной помощи при венерических заболеваниях, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и поведенческих расстройствах.

Вся медицинская помощь, предоставляемая гражданам, включая лекарственное обеспечение, должна соответствовать стандартам и процедурам ее предоставления. Таким образом, речь должна идти не только об объеме, но и о качестве медицинской помощи.¹

Возвращаясь к анализу программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам, можно заключить, что, как правило, люди, которые получают амбулаторную медицинскую помощь, не обеспечиваются медикаментами, за исключением неотложной медицинской помощи и первичной медико-санитарной помощи в аварийной форме. Однако в Программе государственных гарантий бесплатное медицинское обслуживание на 2019 г. предусматривается для отдельных категорий граждан - бесплатными медикаментами на амбулаторной основе за счет средств федерального бюджета и бюджета субъекта Российской Федерации.

Рассмотрев основные особенности медицинской помощи и лекарственного обеспечения, регламентируемые Программой государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам на соответствующий год в системе ОМС и за счет бюджетных средств, можно прийти к следующим выводам.

Во-первых, нельзя недооценивать значимость программы государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания граждан. Конечно, она не может содержать все правила, касающиеся оказания медицинской помощи, но она является гарантом выполнения конституционного права граждан на жизнь и здоровье, что, однако, не отменяет того факта, что программа бесплатного медицинского обслуживания граждан нуждается в дополнениях и изменениях.

Во-вторых, существующая в Российской Федерации бюджетно-страховая модель финансирования медицинской и лекарственной помощи не позволяет определять медицинские услуги, являющиеся социальным

¹ Власов В.В. Стандарты медицинской помощи: состояние проблемы в России и возможности улучшения качества первичной медицинской помощи // Здоровоохранение. 2013. № 4. С. 73.

страхованием. К тому же она не предусматривает всех возможных случаев заболеваний, о которых необходимо заботиться социальному государству, например, туберкулез и ВИЧ-инфекция не включаются в ОМС, тогда как случаи заражения этими заболеваниями могут не зависеть от человека (заражение путем переливания крови, заражение воздушно-капельным путем).

В-третьих, Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам на 2019 г. регламентирует особенности предоставления не всех видов медицинской помощи. Таким образом, в ней ничего не говорится о лекарственном обеспечении пациентов, когда они получают паллиативную помощь в амбулаторных условиях. В то же время если рассматривать лекарственную помощь как элемент медицинской помощи, то, исходя из ч. II Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам на 2019 г., лекарственное обеспечение должно осуществляться с амбулаторной паллиативной помощью.

1.3 Конституционно-правовая концепция развития регулирования общественных отношений при оказании медицинской помощи в современной России

В настоящее время самостоятельные усилия каждого конкретного человека для сохранения его собственного здоровья практически всегда недостаточны. Многие аспекты здоровья человека полностью лежат в сфере современных медицинских высокотехнологических средств и методов. Поэтому медицинская помощь по существу предстает как результат объединения усилий человека и оказываемого ему медицинского содействия. Данное положение справедливо как в отношении большинства жизненных ситуаций, в которых встает вопрос о сохранении здоровья, так и в отношении отдельных периодов жизни современного человека.

Максимальная включенность медицинской помощи в процессы обеспечения широкого спектра жизненно важных интересов современного

человека (способности к труду, рождению детей, заботы о детях и родителях и т.д.) приводит к тому, что любые изменения в механизме ее оказания способны самым непосредственным образом отразиться на качестве жизни.

Наглядным примером этому может служить так называемая реструктуризация медицинской помощи в сельской местности, которая привела к сокращению многих медицинских организаций, особенно фельдшерско-акушерских пунктов. В Российской Федерации, стране огромных территорий и расстояний с неразвитой системой коммуникаций и низкой плотностью населения, стратегия централизации отечественного здравоохранения с закрытием стационаров, отделений скорой помощи и фельдшерско-акушерских пунктов в целях укрупнения маломощных и недостаточно укомплектованных районных больниц выглядит малопродуманной. Результат этой малой продуманности лежит не только в области экономической целесообразности и политических резонансов, но прежде всего в сфере человеческого существования¹, а зачастую и выживания. Отрадно, что в последнее время Министерство здравоохранения РФ серьезно пересмотрело проблемы реструктуризации медицинской помощи в сельской местности и, признав ее ошибочность, в настоящее время проводит политику восстановления медицинских учреждений на селе и поселениях с небольшим количеством жителей.

В то же время улучшение качества жизни человека, порождаемое самой медицинской помощью, с необходимостью требует совершенствование механизма ее оказания, и причиной тому не только естественное для человека желание жить лучше и дольше. Став неотъемлемым фактором общественного развития, медицина в известном смысле подчинила себе человека, сделав его зависимым от уровня развития медицинского знания и подвергнув его всем сопряженным с этим развитием рискам.

¹ Крусс В.И. Конституционный генезис современного медицинского права и проблемы злоупотребления правом // Медичне право. 2010. № 5(1). С. 34 - 51.

Так, увеличение продолжительности жизни, которое, безусловно, является одной из целей здравоохранения, привело к росту хронических заболеваний, тогда как существующие системы здравоохранения во всех странах организованы преимущественно таким образом, чтобы наиболее эффективно противодействовать острым состояниям, опасным для жизни. Примером, демонстрирующим сущность проблемы, является лечение больных ишемической болезнью сердца. Сегодня практически вся инфраструктура кардиологической помощи, включая механизмы материального и финансового обеспечения, повсеместно ориентирована на лечение инфаркта миокарда, а не на его предотвращение путем борьбы с факторами риска и доклинической диагностики значимых нарушений коронарного кровотока, доступных своевременному устранению еще до развития фатальных осложнений, когда снижения уровня болезни не происходит¹.

Таким образом, в современном обществе медицинская помощь - это не просто категория, определяющая содержание отношений между врачом и пациентом. Это общественная, а не только субъективная величина. И дело не столько в том, что от здоровья каждого отдельного гражданина зависит «здоровье» общества, сила и успехи государства. Сегодня без профессионального содействия в сохранении здоровья для человека становится объективно невозможным достижение физического, психического и социального благополучия (здоровья).

Рассматривая ситуацию в конституционном измерении, можно утверждать, что здоровье человека является естественным условием осуществления провозглашенных Конституцией РФ прав и свобод личности, а стало быть, естественным условием достойной жизни. Другими словами, реализация предусмотренного положениями ст. 41 (ч. 1) Конституции РФ права на охрану здоровья и медицинскую помощь находится в самой

¹ Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Качество медицинской помощи: управление, измерение, безопасность, информация. М.: Медицина XXI, 2004. С. 361.

непосредственной взаимосвязи с такой конституционной ценностью, как достоинство личности (ст. 21 Конституции РФ).

Достоинство личности, как неоднократно указывал Конституционный Суд РФ в своих решениях, является основой всех прав и свобод человека и необходимым условием их существования и соблюдения. Государство, в силу положений ст. 21 Конституции РФ, обязано охранять достоинство личности во всех сферах, чем утверждается приоритет личности и ее прав, в то время как на законодателя возлагается обязанность соотносить свою деятельность с принципом признания достоинства личности.

Задумываясь о поиске основ конституционно-правовой концепции регулирования отношений, связанных с оказанием медицинской помощи, следует исходить из того, что поскольку медицинская помощь по своему предназначению направлена на восполнение объективно недостаточных усилий человека по сохранению своего здоровья, постольку законодатель, следуя в том числе принципу признания достоинства личности, должен стремиться к созданию правовых механизмов, обеспечивающих, во-первых, саму возможность восполнить упомянутые усилия и, во-вторых, восполнить эти усилия на достаточном уровне. Отсюда в конституционно-правовом смысле доступность медицинской помощи (далее - ДМП), на наш взгляд, является одной из характеристик, предполагающих возможность восполнить недостаточные усилия человека по охране своего здоровья, а качество медицинской помощи (далее - КМП) - характеристикой, отражающей потребность в восполнении упомянутых усилий на соответствующем уровне.

Конституция РФ (ст. 7) закрепила принцип социального государства, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. При этом положениями ч. 1 ст. 41 упомянутого учредительного акта в числе основных прав и свобод закрепляется право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь, в котором закреплены определяющие содержание данного права

конституционные идейно-концептуальные представления о человеке, его правах и свободах как высшей ценности (ст. 2).

Известно, что правовая реальность формируется и изменяется конституционно-учредительным воздействием, а конкретно-нормативное наполнение законодательных и иных актов в области охраны здоровья и медицинской помощи должно равняться на ценностные ориентации людей и не может учитывать только государственные нужды (точнее сказать, может, но это чревато рисками утраты соционормативности действующего права и конституции, как его основы, примеры чего мы без труда находим в политико-правовой истории Российского (Советского) государства).

С аксиологических позиций сущность медицинской деятельности как сферы отношений людей а priori состоит в том, что медицинская помощь должна быть доступной и качественной. Только в таких случаях она может оказать позитивное влияние на здоровье человека. Прямая связь медицинской помощи и конституционной ценности - здоровья человека однозначно определяет конституционное значение таких характеристик медицинской помощи, как доступность и качество. Сущностное значение указанных характеристик заключается в том, что если не обеспечиваются ДМП и КМП, это ведет к ненадлежащей реализации соответствующего субъективного права (заметим, что с медико-юридической точки зрения ненадлежащая реализация права на медицинскую помощь фактически означает негативное влияние на здоровье человека с причинением прямого или косвенного (в том числе отложенного) вреда здоровью).

Практическим следствием приведенных рассуждений являются концептуальные представления, согласно которым характеристики медицинской помощи «доступность» и «качество» должны пониматься как имманентно включенные в конституционную формулу ч. 1 ст. 41 Конституции РФ. Это подразумевает соответствующее проявление учредительной, аксиологической, регулятивной, гарантирующей и охранительной функций Конституции РФ в конкретных правоотношениях, возникающих по поводу

реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь. Изучение вопросов ДМП и КМП в контексте осуществления упомянутых функций Конституции РФ представляется востребованным направлением как в доктринальном, так и в практическом плане.

Полагаем, что текущее правовое регулирование, конкретизирующее конституционное право человека и гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь, дает основания для утверждения ДМП и КМП в качестве сущностных характеристик медицинской помощи.

Законодательно в настоящее время медицинская помощь является одним из видов медицинской деятельности наряду с медицинскими экспертизами, медицинскими осмотрами и медицинскими освидетельствованиями и др. (ч. 10 ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Закон № 323-ФЗ)). Согласно п. 3 ст. 2 Закона № 323-ФЗ медицинская помощь - это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Таким образом, понятие «медицинская услуга» выступает как более узкое понятие, чем «медицинская помощь». Другими словами, согласно положениям Закона № 323-ФЗ не всякая медицинская помощь является медицинской услугой. Аналогичным образом акценты в этом вопросе расставляет и Конституционный Суд РФ, который в Определении от 6 июня 2002 г. № 115-О указал, в частности, что конституционное право на медицинскую помощь включает в себя право на получение медицинских услуг, которые не входят в гарантированный объем бесплатных медицинских услуг, предоставляемых за счет государства. Это фактически означает, что сама медицинская помощь состоит из части, которая оплачивается государством (бесплатно для пациента), и части, реализуемой без финансового участия государства.

Таким образом, предоставление медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи является одной из ключевых характеристик обеспечения ДМП, что подтверждено положением п. 5 ст. 10 Закона № 323-ФЗ. Но это также означает, что неправомерное взимание с граждан в государственных медицинских организациях денежных средств за медицинскую помощь, оказанную в гарантированном объеме в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, является прямым нарушением конституционного права каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь.

К категориям медицинских вмешательств, входящим в гарантируемый государством объем медицинской помощи, относятся не только те вмешательства, которые перечислены в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и принимаемых на ее основе территориальных программах государственных гарантий оказания гражданам РФ безвозмездной медицинской помощи (включающие в себя территориальную программу ОМС). К таким категориям относятся также случаи экстренного оказания медицинской помощи. Нормой, изложенной в п. 2 ст. 11 и п. 4.1 ст. 32 Закона № 323-ФЗ, прямо установлено, что медицинская помощь в экстренной форме, т.е. в случаях, когда имеется угроза жизни пациента, оказывается медицинской организацией и медицинскими работниками безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается. Это является прямой реализацией в отраслевом законодательстве конституционного права каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь. Устанавливая приведенное правило, государство дополнительно взяло на себя ответственность за оказание бесплатной медицинской помощи в случаях угрозы жизни и здоровья пациента, прежде всего, в режиме оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

При этом под необходимостью медицинской помощи предлагается понимать ситуацию, когда сохранение (поддержание), укрепление и (или)

восстановление здоровья человека обусловлено предоставлением ему медицинских (профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных) вмешательств (невмешательств). Таким образом, своевременность, т.е. необходимость действия (бездействия) медицинского работника в конкретный момент времени оказания медицинской помощи, рассматривается в качестве критерия ДМП, а не критерия КМП, как это осуществлено в настоящее время.

В этой связи предлагается внести соответствующие изменения в положения п. 21 ст. 2 Закона № 323-ФЗ, закрепив в нем указанное определение доступности медицинской помощи и исключив критерий своевременности из определения качества медицинской помощи.

Объективным основанием для права каждого на доступную и качественную медицинскую помощь выступают прежде всего теоретические представления (медицинские знания), выработанные в сфере медицинской деятельности. Такие представления, по существу, задают систему координат, определяющих принципиальную возможность медицинской практики, а стало быть, возможность реализации и в ряде случаев защиты права на доступную и качественную медицинскую помощь. При этом само правовое регулирование медицинской помощи рассматривается одновременно как результат и предпосылка (постольку, поскольку определяет юридически допустимые рамки) развития медицинского знания и практики его применения. На примере рассматриваемого права очевиден механизм конституционализации общественных отношений «движением снизу» от фактического содержания общественных отношений, в которых определяющим является уровень развития медицинского знания и практики, к конституционно значимым принципам и объективированию содержания конституционных предписаний¹.

О специфическом характере развития права на доступную и качественную медицинскую помощь говорит и процесс юридизации

¹ Гаджиев Г.А. Правовые позиции Конституционного Суда Российской Федерации как новый источник российского гражданского права // Закон. 2006. № 11.

терминологического аппарата медицинской деятельности, когда сформировавшиеся в медицинской практике понятия получают закрепление в нормах позитивного права. На сегодняшний день можно констатировать, что соответствующий терминологический аппарат находится в стадии активного формирования, что, на наш взгляд, свидетельствует о расширении и углублении процессов правовой институционализации рассматриваемой сферы общественных отношений.

2 ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

2.1 Проблемы ответственности медицинских работников за нарушение конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь

В последнее время интерес к медицинским работникам как субъектам самоуправления уголовной ответственности многократно возрос. Об этом свидетельствуют как данные официальной статистики, так и количество публикаций, посвященных этому вопросу¹.

Медицинские работники могут быть субъектами большого количества преступлений.

Представляется, что к медицинским преступлениям в первую очередь относятся: причинение смерти по неосторожности (ст. 109 УК РФ), причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ст. 118 УК РФ), заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122 УК РФ), незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ), неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ), незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (ст. 128 УК РФ), подмена ребенка (ст. 153 УК РФ), нарушение правил оборота наркотических средств или психотропных веществ (ст. 228.2 УК РФ), использование в отношении спортсмена субстанций и (или) методов, запрещенных для использования в спорте (ст. 230.2 УК РФ), незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 233 УК РФ), незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности (ст. 235 УК РФ), производство, хранение,

¹ Щепельков В. Всегда ли отказ больного от медицинской помощи исключает уголовную ответственность врача? // Уголовное право. 2016. № 3. С. 99 - 102

перевозка либо сбыт товаров и продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности (ст. 238 УК РФ) и халатность (ст. 293 УК РФ). По перечисленным статьям привлечение медицинского работника к уголовной ответственности за допущенные ошибки и ненадлежащее оказание медицинской помощи наиболее вероятно.

Анализ практики привлечения медицинских работников к уголовной ответственности по ст. ст. 109, 238 и 293 УК РФ позволяет сделать следующие выводы.

1. В большинстве случаев медицинские работники привлекаются к ответственности за очевидно общественно опасные проступки, допущенные при выполнении профессиональных обязанностей, а судебно-следственные органы в основном дают верную квалификацию содеянному.

По приговору Тамбовского районного суда Тамбовской области от 10 августа 2018 г. врачи-фтизиатры Ф.Е. и С.Ю. признаны виновными в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, и приговорены к 2 годам и 1,5 года ограничения свободы соответственно. По делу установлено, что потерпевшая С.Т.В. была госпитализирована в дневной стационар, где лечащим врачом Ф.Е. ей было проведено обследование с целью проведения дальнейшего лечения. После проведенного обследования Ф.Е. назначила С.Т.В. лечение в виде приема противотуберкулезных препаратов в дозировках, не превышающих максимальные, которые указаны в инструкциях к этим препаратам, однако в ряде случаев превышающих дозировки, указанные в Федеральных клинических рекомендациях по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, утвержденных на X съезде Российского общества фтизиатров и профильной комиссии по специальности «Фтизиатрия» Минздрава России. Затем, несмотря на имеющуюся у С.Т.В. неблагоприятную реакцию организма на лекарственные препараты (при наличии в биохимическом анализе крови № 2 данных о повышении уровня АСТ, АЛТ и билирубина), выписала ее из дневного стационара на

амбулаторный этап лечения, рекомендовав прием противотуберкулезных препаратов в большей дозировке. По окончании приема ранее выданных препаратов С.Т.В. обратилась к врачу-фтизиатру амбулаторно-участкового поликлинического отделения С.Ю. с целью получения противотуберкулезных препаратов для дальнейшего лечения, а также с жалобами на тошноту. Имея на руках результаты биохимического анализа крови, С.Ю. не провела коррекцию неблагоприятных побочных реакций лекарственных препаратов посредством их отмены, а продолжила лечение, назначив прием тех же препаратов в той же дозировке. Вместе с тем в следующем биохимическом анализе крови № 3 у С.Т.В. подтвердились изменения в виде еще большего повышения АСТ, АЛТ и прямого билирубина, однако, несмотря на это, С.Ю. не проинформировала об изменении состояния здоровья С.Т.В. заместителя главного врача по амбулаторно-поликлинической работе, а также саму С.Т.В., не предложила ей госпитализацию в стационар и не отменила лечение противотуберкулезными препаратами. При повторном обращении С.Т.В. с жалобами в амбулаторно-поликлиническое отделение имело место дальнейшее прогрессирование клиники гепатита, в связи с чем потерпевшая была госпитализирована, далее направлена в реанимационное отделение с диагнозом токсический гепатит, где скончалась от цирроза печени с наличием очагов некроза, приведшего к развитию печеночной недостаточности и общей интоксикации организма.

В большинстве изученных обвинительных приговоров установлены обстоятельства, прямо свидетельствующие о грубом нарушении порядка и стандартов оказания медицинской помощи, что привело к наступлению общественно опасных последствий.

2. Одной из основных проблем квалификации медицинских преступлений является конкуренция уголовно-правовых норм. Одно и то же деяние содержит признаки составов преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 УК РФ (преступление небольшой тяжести) или п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ (тяжкое преступление).

По приговору Шацкого районного суда Рязанской области от 4 августа 2017 г. врач-терапевт П.Л. признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, и приговорена к 2 годам ограничения свободы. По делу установлено, что около 9 часов 33 минут в ГБУ РО «Путятинская ЦРБ» поступил вызов к больному П.С. Прибывшая к месту вызова фельдшер бригады скорой медицинской помощи Х. осмотрела П.С., выяснила клиническую картину, получила результаты электрокардиограммы и, диагностировав у П.С. ишемическую болезнь сердца, стенокардию покоя и напряжения (впервые выявленную), оказала необходимую медицинскую помощь, после чего в 10 часов 10 минут тех же суток доставила П.С. в здание ГБУ РО «Путятинская ЦРБ», где сообщила П.Л. о доставке тяжело больного П.С. с диагностированным у него сердечным приступом, передав врачу-терапевту для изучения сделанную электрокардиограмму. В свою очередь, П.Л. не выяснила клиническую картину заболевания пациента, предшествующую его доставлению в больницу, не оценила состояние П.С. и наличие у него медицинских показаний для госпитализации, не сделала необходимые назначения и не организовала оказание П.С., у которого имел место острый инфаркт миокарда, неотложной медицинской помощи, неверно диагностировала у П.С. остеохондроз грудного отдела позвоночника, синдром торакалгии, в связи с чем направила его в поликлинику ГБУ РО «Путятинская ЦРБ» на прием к неврологу, отпустив из приемного отделения. Через несколько часов П.С. бригадой скорой помощи вновь был доставлен в приемный покой ГБУ РО «Путятинская ЦРБ», где была констатирована его смерть.

По приговору Людиновского районного суда Калужской области от 27 июля 2018 г. врач-хирург Х. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, и приговорен к 2 годам лишения свободы с лишением права заниматься врачебной деятельностью сроком на 2 года. По делу установлено, что около 4 часов 53 минут в хирургическое отделение ГБУЗ КО «ЦРБ...» бригадой скорой медицинской помощи

доставлен Ф.И.О.1 с диагнозом закрытая черепно-мозговая травма, полученная в результате «удара и последующего падения с соударением о твердую поверхность», которого принял врач-хирург Х. Располагая сведениями о предварительном диагнозе Ф.И.О.1, полученными от фельдшера отделения скорой медицинской помощи, Х. провел визуальный осмотр Ф.И.О.1, однако не выявил наружные повреждения (кровоизлияние на внутренней поверхности верхней губы; ссадины в лобной области слева, ссадины в поясничной области по условной средней линии), не диагностировал закрытую черепно-мозговую травму, не принял мер к выполнению рентгенографии черепа в двух проекциях, не принял мер к выполнению спиральной компьютерной томографии черепа и головного мозга, не провел консультацию узким специалистом (неврологом либо нейрохирургом), не осуществил госпитализацию Ф.И.О.1 для динамического наблюдения за состоянием его здоровья в условиях стационара, а направил его на амбулаторное лечение, отпустив из приемного отделения. После этого пациент был доставлен по месту жительства, где Ф.И.О.1 в тот же день от закрытой черепно-мозговой травмы в виде кровоизлияния в мягкие ткани головы, перелома клиновидной кости справа, травматической эпидуральной гематомы справа (100 мл), посттравматическое течение которой осложнилось развитием отека головного мозга с дислокацией его стволового отдела, скончался.

Данная проблема является следствием несовершенства законодательства, как уголовного, так и регулятивного. Определяя медицинскую помощь как комплекс мероприятий, включающих в себя предоставление медицинских услуг, законодатель отождествил лечение пациента с оказанием услуг потребителю. Указанное обстоятельство не позволяет разграничить составы преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109 и п. «в» ч. 2 ст. 238 УК РФ, когда это касается медицинской помощи, так как любая медицинская услуга, оказанная ненадлежащим образом, не отвечает требованиям безопасности жизни или здоровья потребителя.

Представляется, что вопрос с конкуренцией данных норм может быть снят только на законодательном уровне посредством внесения изменений в законодательство о здравоохранении или путем создания специального состава в УК РФ о ненадлежащем оказании медицинской помощи.

3. В практике привлечения медицинских работников к уголовной ответственности отсутствует единообразие в применении ст. 293 УК РФ к должностным лицам, в обязанности которых входит контроль за качеством проводимого лечения и соблюдением стандартов оказания медицинской помощи персоналом. В одних случаях ответственность за причиненный вред при ненадлежащем оказании медицинской помощи несет только лечащий врач, в других случаях наряду с лечащим врачом привлекается заведующий структурным подразделением.

По приговору Заволжского районного суда г. Твери от 1 декабря 2016 г. заведующий неврологическим отделением ГБУЗ ТО «ГКБ №» К. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 293 УК РФ, и приговорен к 2 годам лишения свободы. По делу установлено, что Ф.И.О.2 была доставлена в ГБУЗ ТО «ГКБ №» с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, состояние после серии эпилептических приступов». Дежурным врачом-неврологом С. при обследовании больной не было зафиксировано описание локального статуса - состояния кожи головы больной, наличия кровоизлияний, не произведена пальпация черепа, что сделало невозможным установление наличия кровоизлияний в волосистой части головы. В дневниковых записях не отражено динамическое наблюдение медицинского персонала за больной в тяжелом состоянии, что повлекло неполное отражение состояния больной. Не выполнен комплекс необходимых диагностических исследований, в том числе не проведена компьютерная томограмма головы, рентгенологическое исследование костей черепа, не приняты меры к переводу Ф.И.О.2 в другой сосудистый центр Тверской области для проведения КТР-исследований. На следующий день состояние Ф.И.О.2, находившейся в палате реанимации

интенсивной терапии указанного отделения, сильно ухудшилось, и через несколько часов она скончалась. Таким образом, К. не обеспечил и не проконтролировал правильность и своевременность обследования Ф.И.О.2, ее лечения на уровне современных достижений науки и практики, не проконтролировал врачей-неврологов вверенного отделения, что, в свою очередь, привело к неоказанию своевременного оперативного вмешательства и гибели пациентки.

Представляется, что привлечение к уголовной ответственности непосредственного руководителя медицинского работника, ненадлежащим образом оказавшего медицинскую помощь, возможно практически всегда, когда вмешательство осуществляется в структуре государственной или муниципальной медицинской организации. Согласно Приказу Минздравсоцразвития России «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» руководитель структурного подразделения обязан в том числе осуществлять контроль за работой персонала структурного подразделения, качеством проводимого лечения, за соблюдением стандартов медицинской помощи при выполнении медицинским персоналом перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации, для лечения заболевания, состояния больного, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи, принимать меры по обеспечению выполнения работниками структурного подразделения своих должностных обязанностей.

Вместе с тем подобная практика видится избыточной. Заведующие отделениями в поликлиниках и стационарах при всем желании не способны проконтролировать качество лечения всех пациентов. Эта деятельность сложна и требует постоянного участия, а руководители структурных подразделений также являются, как правило, врачами-специалистами. Решение данной проблемы, как и в случае с конкуренцией ст. ст. 109 и 238 УК

РФ, должно осуществляться посредством совершенствования нормативно-правового регулирования медицинской деятельности¹.

4. Анализ судебной практики показал, что в отдельных случаях медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности по формальным основаниям. Признаки вины, установленные в рамках судопроизводства по таким уголовным делам, здесь устанавливаются не всегда.

По приговору Советского районного суда г. Воронежа от 21 сентября 2018 г. врач-хирург М.О. признана виновной в совершении преступления, предусмотренного ч. 2 ст. 109 УК РФ, и приговорена к 1 году ограничения свободы. По делу установлено, что 2 июня 2016 г. в БУЗ ВО «ВГКБ СМП № 1» была госпитализирована Ф.И.О.1 с диагнозом «холецистит», которая впоследствии помещена в палату, где в качестве лечащего врача была закреплена М.О. В 8 часов 30 минут этого же дня после проведенного осмотра Ф.И.О.1 ее лечащим врачом М.О. диагноз был изменен на «острый панкреатит». Пациентке были назначены и предложены различные манипуляции. От рентгенографии Ф.И.О.1 отказалась, так как недавно сдавала анализ и снова облучаться не хотела. 3 июня 2016 г., поскольку состояние здоровья Ф.И.О.1 не улучшалось, последней было рекомендовано провести фиброгастродуоденоскопию, в результате которой диагноз «острый панкреатит» был подтвержден. Заведующий отделением также подтвердил диагноз. В тот же день по просьбе М.О. Ф.И.О.1 была осмотрена терапевтом Ф.И.О.10, от которой никаких рекомендаций не поступило, дыхание прослушивалось, давление было в норме. Ф.И.О.1 также осмотрел уролог, который пояснил, что острой патологии по его специализации нет. После этого М.О. оставила историю болезни под наблюдение дежурного врача и ушла домой на выходные. 4 июня 2016 г. и 5 июня 2016 г. (выходные дни) Ф.И.О.1 продолжала оказываться консервативная терапия, рекомендованная при

¹ Повзун С.А., Повзун А.С. Оценка качества медицинской помощи в случаях летальных исходов: трудности объективные и субъективные // Медицинское право. 2018. № 3. С. 13 - 16.

поступлении ее лечащим врачом М.О. 6 июня 2016 г. состояние здоровья Ф.И.О.1 не улучшилось, ее осмотрели профессор и заведующий отделением, которые рекомендовали консультацию невролога в связи с болями в спине. После обеда невролог осмотрел Ф.И.О.1, пояснил, что вполне возможно обострение в позвоночнике, необходим рентген грудного отдела позвоночника. При рентгенографии органов грудной клетки был выявлен «гидроторакс», врачом-рентгенологом Ф.И.О.4 было рекомендовано произвести дополнительный снимок в правой боковой проекции. Для более точного установления диагноза Ф.И.О.1 М.О. приняла решение провести Ф.И.О.1 компьютерную томографию грудной клетки. 8 июня 2016 г. после проведения компьютерной томографии, согласно описанию которой у Ф.И.О.1 была выявлена «плевральная эмпиема», М.О. произвела Ф.И.О.1 пункцию и установила дренаж, при постановке которого было эвакуировано 300 миллилитров жидкого зловонного гнойного отделяемого. Указанная операция была проведена около 21 часа 8 июня 2016 г., так как у М.О. в течение дня было несколько операций, а состояние Ф.И.О.1 требовало консультаций пульмонолога и замглавврача по хирургии, после получения которых пациентке решено было ставить дренаж. В связи с тем, что с 8 июня 2016 г. по 10 июня 2016 г. состояние здоровья Ф.И.О.1 ухудшалось, 10 июня 2016 г. последняя после нескольких попыток перевода в областную больницу была все-таки переведена в Воронежскую областную клиническую больницу № 1, где, несмотря на оказанную квалифицированную медицинскую помощь, ДД.ММ.ГГГГ скончалась.

Согласно судебному решению вина врача подтверждается совокупностью доказательств, в том числе и, как представляется, в первую очередь заключениями экспертов, которые установили, что «необходимые для диагностики отграниченного гнойного плеврита диагностические мероприятия были проведены в достаточном объеме, но несвоевременно». С учетом того, что «ко времени, когда заболевание было фактически выявлено, а именно 8 июня 2016 г., оно являлось принципиально предотвратимым,

однако несвоевременная диагностика надлежащему лечению и предотвращению неблагоприятного исхода в виде смерти Ф.И.О.1 не препятствовала». Таким образом, вина врача в описанной ситуации состоит в том, что она, несмотря на все предпринятые мероприятия (консервативное и оперативное лечение, диагностические процедуры, консультации с узкими специалистами и руководством), не смогла вовремя поставить точный диагноз, что не позволило спасти пациенту жизнь.

Вместе с тем установленные в приговоре обстоятельства не позволяют сделать однозначного вывода о виновности врача. Факт того, что М.О. должна была вовремя выявить заболевание и предотвратить наступление неблагоприятных последствий, не сочетается с реальной возможностью исполнить данную обязанность. Течение заболевания, поведение пациентки, режим работы (другие пациенты, плановые и внеплановые операции, выходные дни), рекомендации врачей-специалистов и руководителей подразделений, возможный недостаток квалификации у лечащего врача и отсутствие у нее навыков торакального хирурга не позволяют утверждать, что осужденная реально имела возможность предотвратить наступление смерти потерпевшей.

Выводы, сделанные при анализе практики привлечения медицинских работников к уголовной ответственности, свидетельствуют о наличии проблем в правовом, в том числе уголовно-правовом, регулировании и необходимости интенсификации исследований в этой сфере. Следует согласиться с мнением Н.И. Пикурова, полагающего, что действующее уголовное законодательство и связанные с ним правовые акты позитивного правового регулирования медицинской деятельности нуждаются в совершенствовании¹.

Содержание пациента в психиатрическом стационаре предполагает его круглосуточное нахождение в больничных условиях при постоянном

¹ Пикуров Н. Риски медицинского вмешательства: уголовно-правовые аспекты // Уголовное право. 2018. № 3. С. 86 - 92.

медицинском наблюдении. Столь существенная степень ограничений, накладываемых на госпитализированного гражданина, делает саму недобровольную психиатрическую госпитализацию мерой, равнозначной лишению свободы. Из сказанного следует, что, во-первых, порядок такой госпитализации должен содержать правовые гарантии, аналогичные тем, что предусмотрены юридическими процедурами лишения человека свободы, когда решение о стационарировании принимают не только врачи, но также суд либо другие не зависящие от врачей и медицинских организаций субъекты. Во-вторых, нарушения прав пациента, допущенные в ходе такой госпитализации, могут повлечь для виновного ответственность, аналогичную ответственности за незаконное лишение свободы (вплоть до уголовной).

Эта, казалось бы, вполне очевидная правовая истина долго не воспринималась российским законодательством, и еще в самом конце XIX столетия она далеко не для всех отечественных ученых, врачей и специалистов была очевидной. К примеру, известный судебный психиатр В.П. Сербский писал по этому поводу следующее: «Вопрос о том, может ли больной находиться в больнице или нет - вопрос чисто медицинский и как таковой требует, прежде всего, специальных сведений; вмешательство судебной или какой-либо другой власти в его разрешение всегда будет вредным. <...> Трудно ведь на самом деле допустить, чтобы врач принял в свое заведение человека, которого он считает здоровым. <...> Предполагать, как общее правило, недобросовестность врачей, заведующих заведениями, конечно, нет никакого основания; отдельные же случаи злоупотребления - если таковые возможно допустить - должны подлежать законному преследованию». Каким должно быть упоминаемое им преследование, автор не уточняет. Законодательных норм, специально посвященных ответственности за незаконное помещение в психиатрическую больницу, в тот период в России не существовало¹.

Впервые в отечественном законодательстве норма об уголовной

¹ Сербский В. Судебная психопатология. Вып. 1. Законодательство о душевнобольных. М., 1895. С. 208 - 209.

ответственности за подобные нарушения появилась в Уголовном уложении 1903 г. Оно предусматривало наказание лиц, виновных «в лишении личной свободы задержанием или заключением: 1) заведомо не одержимого душевной болезнью; 2) в притоне разврата - лица женского пола, не внесенного в список публичных женщин» (ст. 500 Уложения). Соединение в одной уголовно-правовой статье столь заметно различающихся между собой противоправных действий вызывает некоторое удивление, хотя сам подход, в рамках которого необоснованная психиатрическая госпитализация рассматривалась как лишение человека личной свободы, следует оценить положительно.

Эта законодательная традиция, заложенная еще в дореволюционной России, была продолжена в советский период. Первые УК РСФСР содержали нормы об ответственности за помещение «в больницу для душевнобольных» заведомо здорового лица: «из корыстных или иных личных видов» (по терминологии ст. 161 УК 1922 г.); «из корыстных или иных личных целей» (по терминологии ст. 148 УК 1926 г.). Первый из названных Кодексов предусматривал наказание в виде лишения свободы на срок не ниже пяти лет, второй - до трех лет.

В УК РСФСР 1960 г. статьи о незаконном помещении в психиатрическую больницу не было. Видимо, законодатель исходил из того, что такого рода случаи настолько немногочисленны, что выделения в самостоятельный состав преступления не заслуживают. Правда, в УК 1960 г. имелась более широкая по содержанию ст. 126 («Незаконное лишение свободы»), но вопрос о том, охватывает она случаи незаконной психиатрической госпитализации или нет, оставался открытым.

В 1988 г. отмеченный законодательный пробел был устранен. УК РСФСР пополнился ст. 126.2 «Незаконное помещение в психиатрическую больницу» с максимальной санкцией до двух лет лишения свободы и следующей диспозицией: «помещение в психиатрическую больницу заведомо психически здорового лица». Состав преступления был тем самым чрезмерно заужен, ибо без уголовно-правовой защиты оставались лица, хотя и

страдающие психическим расстройством, однако не нуждающиеся в психиатрической госпитализации. Правильнее было бы, на наш взгляд, вести речь о помещении в психиатрическую больницу лица, которое заведомо не нуждалось в психиатрической госпитализации.

Появление в российском уголовном законе ст. 126.2 было обусловлено принятием Положения об условиях и порядке оказания психиатрической помощи - первого в нашей стране законодательного акта такого рода. Кроме того, к концу 80-х гг. XX в. своего апогея достигли обвинения советской психиатрии в том, что она используется государственной властью в политических целях. На фоне этих обвинений и в условиях провозглашенной в то время политики гласности и открытости советского общества отсутствие в советском законодательстве норм об уголовной ответственности лиц, виновных в злоупотреблениях психиатрией, производило явно неблагоприятное впечатление.

УК РФ 1996 г. предусмотрел уголовную ответственность за «незаконное помещение лица в психиатрический стационар» (ст. 128). Здесь обращает на себя внимание отказ законодателя от понятия «заведомо психически здоровое лицо», которое было обязательным признаком состава данного преступления в предыдущих российских уголовных законах. Ответственность по ст. 128 УК РФ наступает и в тех случаях, когда потерпевшим оказывается лицо с психическим расстройством, если при его помещении в психиатрический стационар были нарушены требования законодательства, регулирующего психиатрическую госпитализацию. И прежде всего требования Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее - Закон о психиатрической помощи).

Необходимо отметить, что с вступлением в силу указанного закона недобровольное помещение граждан в психиатрический стационар впервые в нашей стране стало производиться в судебном порядке. Однако судебному решению предшествует досудебный этап, на котором психиатры самостоятельно принимают решения о стационарном лечении пациента. Этот этап

складывается обычно из следующих составляющих его элементов.

Сначала врач-психиатр по результатам психиатрического освидетельствования приходит к выводу о необходимости госпитализации лица, не желающего подвергнуться ей добровольно, и выдает направление о недобровольном помещении в психиатрическую больницу. Дежурный врач-психиатр больницы в обязательном порядке осматривает доставленного туда пациента и при наличии медицинских показаний госпитализирует его. Именно с этого момента (с момента фактического помещения лица в стационар) начинается отсчет времени недобровольной психиатрической госпитализации. Далее это лицо подлежит обязательному комиссионному освидетельствованию не менее чем двумя психиатрами. Если они придут к выводу о наличии достаточных оснований для госпитализации, дело передается в суд. Для комиссионного освидетельствования и обращения в суд закон отводит 48 часов, судья обязан рассмотреть дело не позднее 5 дней со дня его поступления (ст. 32 Закона о психиатрической помощи; ст. 276 и 277 КАС РФ). Таким образом, максимально допустимый срок недобровольного пребывания лица в психиатрическом стационаре без судебного решения о недобровольной госпитализации равен 7 дням.

Анализ специальной литературы свидетельствует, что мнения авторов по отдельным аспектам рассматриваемой нами уголовно-правовой проблематики ответственности врачей-психиатров по ст. 128 УК не всегда совпадают, причем расхождения во мнениях подчас существенны¹. Что касается правоприменительной практики, то при всей ее малочисленности едва ли не каждое новое уголовное дело поднимает новые проблемы. Примером тому может служить следующее дело.

27 декабря 2017 г. Кировский районный суд г. Астрахани приговорил врача-психиатра приемного отделения психиатрической больницы О.В. Андронову по ч. 2 ст. 128 УК РФ к 2 годам лишения свободы (условно) с

¹ Аргунова Ю.Н. Уголовная ответственность за незаконное помещение в психиатрический стационар // Независимый психиатрический журнал. 2011. № 4. С. 36 - 42

лишением права заниматься врачебной деятельностью на 2 года. О.В. Андропова приняла решение о недобровольной госпитализации гр-ки Б., доставленной в приемное отделение бригадой скорой психиатрической помощи. Но уже на следующий день та была выписана врачебной комиссией стационара, которая не выявила у нее признаков психического расстройства¹.

В процессе госпитализации Б. проблемы стали возникать еще до того, как ее доставили в приемное отделение. Врач скорой психиатрической помощи, вызванной дочерями Б., не исполнил возложенных на него обязанностей. Он должен был освидетельствовать пациентку и по результатам освидетельствования принять одно из двух решений: 1) при выявлении медицинских оснований для недобровольной госпитализации выписать направление в психиатрическую больницу и отвезти туда больную; 2) при отсутствии таких оснований в недобровольной госпитализации отказать. Вместо этого врач скорой помощи записал в медицинской карте неуточненный диагноз «психоз» (недостаточный для недобровольного помещения в психиатрический стационар) и, не приняв никакого решения о необходимости госпитализации, отвез Б. в психиатрическую больницу для консультации с врачом приемного отделения.

Б. доставили в это отделение в ночное время прямо из ее дома. Она была возбуждена, беспокойна, громко возмущалась. Врачу не удалось установить с ней психологического контакта. Диагноз «психоз», а также сведения, сообщенные дочерями, сопровождавшими мать при ее доставке в больницу, дали О.В. Андроновой основания для вывода о наличии у Б. признаков аффективно бредового синдрома, требующего стационарного лечения.

На следующее утро состоялось заседание психиатрической комиссии больницы. К этому времени Б. была спокойной и доброжелательно настроенной к врачам. В беседе с ними она давала логичные внятные объяснения. Это позволило провести психиатрическое освидетельствование в

¹ Аргунова Ю.Н. «Признать виновной в совершении преступления...» (Есть ли состав преступления в действиях врача-психиатра Ольги Андроновой?) // Независимый психиатрический журнал. 2018. № 1. С. 50 - 53.

условиях, гораздо более благоприятных для объективной диагностики по сравнению с теми, в которых проводила обследование врач Андропова. Члены комиссии пришли к выводу об отсутствии у Б. психического заболевания, и уже в 12:30 того же дня она была выписана.

В ходе производства по уголовному делу, возбужденному по ч. 2 ст. 128 УК (Андропова О.В. обвинялась в том, что незаконную госпитализацию она произвела с использованием своего служебного положения), была назначена судебно-психиатрическая экспертиза. Эксперты пришли к выводу, что в период госпитализации Б. психическим расстройством не страдала. Поэтому решение о ее недобровольном помещении в психиатрическую больницу следует квалифицировать как явно не обоснованное.

Иной позиции придерживался психиатр, участвовавший в судебном заседании в качестве специалиста. По его мнению, та сложная обстановка, в которой Андропова О.В. проводила психиатрическое освидетельствование (ночное время, возбужденное состояние пациентки, сообщение ее дочерьми не вполне достоверных сведений и т.п.), служила серьезным препятствием для правильной диагностики. Информация, которой она располагала, давала основания для вывода о наличии у Б. аффективно-бредового синдрома. Принятое Андроновой О.В. решение о недобровольной госпитализации с профессионально-медицинской точки зрения можно расценить как вполне допустимое на тот момент даже несмотря на то, что впоследствии ее диагноз не нашел подтверждения. Однако суд признал достоверными выводы экспертов, а заключение специалиста отверг.

Мы полагаем, что в ходе уголовного преследования Андроновой О.В., завершившегося вынесением ей обвинительного приговора, существенную роль мог сыграть достаточно распространенный в общественном сознании стереотип оценки действий врача-психиатра. Считается, что психиатр, лично осматривающий пациента, располагает всеми возможностями, которые необходимы для выбора правильного врачебного решения. Если же это решение впоследствии не подтвердилось, значит, врач допустил какую-то

очень серьезную оплошность, за которую он должен нести юридическую ответственность. Словом, раз гражданин оказался необоснованно госпитализированным в психиатрический стационар, значит, в этом существенном нарушении его прав (незаконном лишении свободы) кто-то непременно виновен и должен быть наказан.

Между тем правильная психиатрическая диагностика в немалом числе случаев может быть весьма непростой в силу целого ряда объективных факторов, не зависящих от самого врача и в какой-то период времени просто неустранимых. Сюда относятся: сложность клинической картины заболевания, затрудняющая диагностику, особенно на начальных ее этапах; недостоверные сведения о пациенте, его состоянии и поведении, сообщаемые врачу родственниками и знакомыми этого пациента; его собственное поведение (симуляция, аггравация, диссимуляция) и другие факторы. Поэтому не подтвердившийся впоследствии первичный диагноз или иные врачебные выводы, противоречащие катamnестическим данным, сами по себе еще не свидетельствуют о допущенном врачом нарушении, за которое он подлежит юридической ответственности.

Дело О.В. Андроновой стало предметом обсуждения в профессиональном психиатрическом сообществе. Большинство его участников поддержало позицию, занятую специалистом, тогда как выводы судебных экспертов, свидетельствующих не в пользу Андроновой О.В., подверглись критике. Хотя в целом суждения высказывались самые разные.

Следует обратить внимание также на то, что психиатр, решающий вопрос о недобровольной госпитализации конкретного пациента, попадает в положение человека, оказавшегося между двух огней. С одной стороны, ему грозит ответственность за необоснованное помещение лица в стационар, а с другой - в случае отказа в стационарировании не исключается ответственность за неоказание помощи больному (ст. 124 УК). При этом необходимо сопоставлять возможные последствия принятия того или иного врачебного решения, если в итоге оно окажется не вполне обоснованным.

Принудительное пребывание в психиатрической больнице лица, которое в этом не нуждается, пусть даже очень непродолжительное время, безусловно, нарушает его конституционные права. Однако в тех случаях, когда больному, который нуждается в недобровольной госпитализации, в ней отказано, негативные последствия могут быть куда более тяжелыми, серьезно угрожая здоровью и жизни самого больного, а также безопасности окружающих его людей. Данное обстоятельство, по нашему мнению, не всегда принимается в расчет при рассмотрении такого рода дел.

Незаконной может быть не только госпитализация, произведенная по основаниям и в порядке, которые предусмотрены Законом о психиатрической помощи, но также психиатрическая госпитализация, которая осуществляется в рамках других юридических процедур, предусмотренных иным законодательством. Например, в рамках производства стационарной психиатрической экспертизы (судебной, военно-врачебной, медико-социальной) или принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях (ст. 101 УК). Здесь иными, по сравнению с тем, что предусмотрено Законом о психиатрической помощи, являются основания помещения гражданина в психиатрический стационар и порядок такого помещения. Однако в случае грубых нарушений оснований либо порядка психиатрической госпитализации, существенно ущемляющих права госпитализируемого лица, ответственность в таких случаях также наступает по ст. 128 УК.

2.2 Проблемы нормативно-правового обеспечения некоторых видов медицинской помощи

Системы здравоохранения, использующие государственное финансирование и регулирование медицинской деятельности, не нуждаются в развернутом медицинском праве, поскольку возможные коллизии могут оперативно разрешаться в рамках общего уголовного, трудового и

административного права. Необходимость выделения медицинского права как отдельной отрасли юриспруденции возникает вследствие появления многообразия субъектов права, что и характерно для здравоохранения в Российской Федерации (РФ) в начале XXI в.

Анестезиология и реаниматология как самостоятельная медицинская специальность существует исторически небольшое время, поэтому не определено правовое место врачей - анестезиологов-реаниматологов и среднего персонала в сфере взаимоотношений с правоохранительными органами, пациентами и их законными представителями. Не разрешено противоречие между юридической неграмотностью медиков и медицинской и общебиологической неграмотностью юристов. Отсюда вытекает отсутствие непротиворечивых оснований возбуждения уголовных и гражданских дел в медицинской сфере, разноречивость судебных решений.

Формально анестезиология и реаниматология являются единой специальностью. Предполагается, что врач - анестезиолог-реаниматолог должен ориентироваться в вопросах анестезии, интенсивной терапии, реанимации как недоношенных с критически низкой массой тела, новорожденных, детей всех возрастных групп, так и взрослых с акушерской, хирургической и терапевтической патологией, пациентов геронтологического профиля, что, очевидно, невозможно. Эта невозможность приводит к явочному подразделению врачей на рафинированных анестезиологов, реаниматологов (интенсивистов), анестезиологов-реаниматологов родовспоможения, детских анестезиологов-реаниматологов (рафинированных и интенсивистов) и, наконец, реаниматологов-неонатологов. Следует признать, что процессы совершенствования медицины как науки опережают прогресс в сфере регламентирования социальных взаимоотношений как в России, так и во всем мире. Существующие неясности и противоречия нормативно-правового обеспечения и практической деятельности анестезиологов-реаниматологов в сфере педиатрии мы попытались изложить в предлагаемой работе.

Высшей юридической силой и прямым действием обладает Основной Закон государства - Конституция Российской Федерации (ст. 15.1). Статья 49 Конституции РФ утверждает презумпцию невиновности подозреваемых в преступлениях.

В отношении уголовного судопроизводства принцип презумпции невиновности соблюден: в Уголовно-процессуальном кодексе Российской Федерации (далее - УПК РФ) определено, что назначение уголовного судопроизводства заключается как в защите лиц и организаций от последствий преступлений, так и в защите от необоснованных обвинений, осуждений, ограничения прав и свобод (п. 1.2 ст. 6 УПК РФ), а наказание виновных и отказ от уголовного преследования невиновных равнозначимы (п. 2 ст. 6 УПК РФ).

В Уголовном кодексе Российской Федерации (далее - УК РФ) презумпция невиновности подтверждается статьями, исключаящими уголовную ответственность.

Статья 39 УК РФ «Крайняя необходимость». Под этим понятием (часть 1) понимается «...устранение опасности... если эта опасность не могла быть устранена иными средствами и при этом не было допущено превышения пределов крайней необходимости». В части 2 приводится формулировка понятия «Превышение пределов крайней необходимости», существенный признак которого - «...причинение вреда, явно не соответствующего характеру и степени угрожавшей опасности...».

Статья 41 УК РФ «Обоснованный риск». Согласно части 1 «не является преступлением причинение вреда... при обоснованном риске для достижения общественно полезной цели». Как и в предыдущем случае, в ч. 2 дано определение обоснованного риска. «Риск признается обоснованным, если указанная цель не могла быть достигнута не связанными с риском действиями (бездействием) и лицо, допустившее риск, предприняло достаточные меры для предотвращения вреда охраняемым уголовным законом интересам».

Казалось бы, что юридических коллизий при применении данных статей не должно быть, но в ст. 41 УК РФ не обозначено, что считается

«достаточными мерами для предотвращения вреда». Юридически выделяется четыре обязательных условия обоснованного риска:

1) наличие доказанной опытными данными объективной возможности достижения полезной цели; 2) полезная цель не может быть достигнута нерискованными действиями; 3) наступление вредных последствий лишь возможно, но не неизбежно; 4) пациент должен быть согласен на применение рискованных медицинских действий.

С медицинской точки зрения наибольшее значение имеет п. 3, трактуемый риск как снижение вероятности вреда. Если же под достаточными мерами понимать гарантию профилактики вреда, как часто и считают правоохранители, теряются смысл и возможность применения ст. 41 УК РФ.

Статья 42 УК РФ «Исполнение приказа и распоряжения». Часть 1: «Не является преступлением причинение вреда... лицом, действующим во исполнение обязательных для него приказа или распоряжения. Уголовную ответственность за причинение такого вреда несет лицо, отдавшее незаконный приказ или распоряжение». Но если врач, получивший категорическое предписание, например, об эвакуации пациента в критическом состоянии, считает транспортировку неприемлемой, он должен следовать требованиям ч. 2 данной статьи: «Лицо, совершившее умышленное преступление во исполнение заведомо незаконных приказа или распоряжения, несет уголовную ответственность на общих основаниях. Неисполнение заведомо незаконных приказа или распоряжения исключает уголовную ответственность».

Особенно важна ст. 28 УК РФ: «Невиновное причинение вреда»: «1. Деяние признается совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, не осознавало и по обстоятельствам дела не могло осознавать общественной опасности своих действий (бездействия) либо не предвидело возможности наступления общественно опасных последствий и по обстоятельствам дела не должно было или не могло их предвидеть. 2. Деяние признается также

совершенным невиновно, если лицо, его совершившее, хотя и предвидело возможность наступления общественно опасных последствий своих действий (бездействия), но не могло предотвратить эти последствия в силу несоответствия своих психофизиологических качеств требованиям экстремальных условий или нервно-психическим перегрузкам».

Данная статья является достаточным описанием «врачебной ошибки», прямого юридического определения которой не существует. В вину анестезиологу-реаниматологу могут быть поставлены статьи УК РФ: убийство (ст. 105); причинение смерти по неосторожности (ст. 109); умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (ст. 111); умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью (ст. 112); умышленное причинение легкого вреда здоровью (ст. 115); причинение тяжкого или средней тяжести вреда здоровью по неосторожности (ст. 118); заражение ВИЧ-инфекцией (ст. 122); неоказание помощи больному (ст. 124).

Гражданский кодекс Российской Федерации (далее - ГК РФ) фактически содержит презумпцию виновности лица, подозреваемого в причинении вреда. Например: ст. 1064, п. 2: «Лицо, причинившее вред, освобождается от возмещения вреда, если докажет, что вред причинен не по его вине». Или ст. 1095: «Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу... подлежит возмещению продавцом или изготовителем товара, лицом, выполнившим работу или оказавшим услугу (исполнителем), независимо от вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет». В статье 1098 содержится указание на ответственность потребителя (в нашем случае пациента или его законного представителя), если будет доказано, «...что вред возник вследствие непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил пользования товаром, результатами работы, услуги или их хранения». Приходится констатировать, что взаимоотношения врача и пациента ГК РФ рассматривает как одностороннюю сделку (ст. 155), в которой всю ответственность несет врач или медицинская организация, а пациент обладает презумпцией невиновности, если не будет доказано, например,

грубое нарушение предписанного ему режима или правил пользования лекарствами. Законодатель игнорирует особый характер сделки, в которой условием эффективности является не имущественная выгода участников, а жизнь и здоровье одной из сторон. Таким образом, врач не рассматривается в качестве стороны, равноправной с пациентом или его законным представителем.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ) является основой формирующегося медицинского права в РФ и подчеркивает приоритет охраны здоровья детей (ст. 7). В классификации видов медицинской помощи (ст. ст. 31, 32.4, 33, 34, 35, 36 Федерального закона № 323-ФЗ) анестезиология и реаниматология не упоминаются ни прямо, ни в контексте. Согласно п. 1.2 ст. 37 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская помощь требует обязательного соблюдения Порядков оказания медицинской помощи и основана на клинических рекомендациях (далее - КР). Предполагается учет стандартов медицинской помощи (п. 14 ст. 37 Федерального закона № 323-ФЗ), но оговаривается право врача на обоснованное отступление от стандартов по решению врачебной комиссии (п. 15 ст. 37 Федерального закона № 323-ФЗ). Действия врача - анестезиолога-реаниматолога в педиатрической практике должны регулироваться Приказом Минздрава РФ от 12 ноября 2012 г. № 909н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология», в котором врач - анестезиолог-реаниматолог *de facto* признается лечащим врачом (п. 14 Федерального закона № 323-ФЗ), а специалисты по профилям патологии выполняют функции консультантов (п. 15 Федерального закона № 323-ФЗ). Для анестезиолого-реанимационной помощи новорожденным применяется Приказ Минздрава РФ от 15 ноября 2012 г. № 921н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» (далее - Приказ № 921н), содержащий противоречие: на должность заведующего отделением реанимации и

интенсивной терапии новорожденных назначается врач-неонатолог, прошедший переподготовку по специальности «анестезиология и реаниматология», а на должности ординаторов - врачи - анестезиологи-реаниматологи, прошедшие переподготовку по специальности «неонатология», т.е. предполагается парадоксально низкая квалификация заведующего по сравнению с подчиненными ему ординаторами в области анестезиологии и реаниматологии. Кроме того, подразумевается неравнозначность квалификаций, хотя обе специальности входят в список основных. Оба порядка описывают рекомендуемое штатное расписание и оборудование отделений анестезиологии-реанимации, достаточное для полноценного функционирования при условии точного соблюдения приказов. Эти аспекты детально проанализированы и не требуют дополнительного рассмотрения.

Разработку КР Федеральный закон № 323-ФЗ относит к компетенции и ведению Минздрава РФ. Следует заметить, что качество КР неизбежно будет зависеть от квалификации членов научно-практического совета. Субъективное мнение научно-практического совета при Минздраве РФ должно будет приниматься врачами как объективная директива без учета местных условий, успешной практики врачей и, вероятно, без учета индивидуальных физиологических и возрастных характеристик пациентов. В отношении интенсивной терапии детей это особенно важно, поскольку нозологические формы должны быть описаны для каждой возрастной группы, а в неонатологии - в зависимости от гестационных сроков и масс при рождении. Уже существующие КР составлены на основании переводных «гайдлайнов», отражающих не столько успешность рекомендуемых практик, сколько количество исследований, переработанных в метаанализы. Но профессиональное поведение врача при работе с конкретным пациентом не может быть основано на анализе результатов лечения больших популяций, прошедших процедуру формирования однородных групп, ведь врач имеет дело именно с неоднородными группами! В законе не предусматривается

адаптация клинических рекомендаций в зависимости от коечной мощности медицинских организаций, финансирования, снабжения аппаратурой и медикаментами. Если же противоречие, содержащееся в Приказе № 921н и описанное выше, неслучайно, возникает вопрос: кто будет создавать и утверждать клинические рекомендации по неонатальной интенсивной терапии и анестезии: анестезиолог-реаниматолог или неонатолог? Например, «Клинические рекомендации. Терапевтическая гипотермия у новорожденных», согласованные главным неонатологом Минздрава РФ Ивановым Д.О., президентом Российской ассоциации перинатальной медицины Володиным Н.Н. и председателем Совета российского общества неонатологов Ионовым О.В., не включены в Приказ Минздрава РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» (далее - Приказ № 203н), т.е. их применение или невыполнение не влияют на оценку качества лечения. Наконец, неясно, по какому принципу каждые три года будут обновляться клинические рекомендации. Если представить многообразие патологии неонатального и детского возраста с учетом возрастных особенностей, КР могут быть написаны только по жестко заданной схеме технического задания. Как пример приведем Приказ № 203н, в котором некоторые разделы - например онкология, дерматовенерология - освещены избыточно подробно, причем перечень действий, расцениваемых как качественные, практически для всех позиций совпадает, а некоторые рубрики МКБ-10 вообще не представлены. Критерии оценки качества интенсивной терапии в зависимости от ведущего синдрома критического состояния отсутствуют. В целом Приказ содержит излишнюю детализацию нозологических форм. Было бы логично выделить критерии, общие для любых состояний и заболеваний (неспецифические), общие для классов заболеваний и состояний (слабоспецифические), дополнительные для отдельных заболеваний и состояний (высокоспецифические).

Одна из самых важных проблем в неонатальной и в меньшей степени педиатрической анестезиологии и реаниматологии - использование

лекарственных средств, в инструкциях к которым детский возраст указан как формальное противопоказание с формулировками: «эффективность и безопасность не установлены» или «недостаточно клинических наблюдений», причем на опасность, доказательно основанную на физиологических особенностях детей, ссылок нет. Таким образом, под формальный запрет попадают почти все эффективные лекарственные средства, даже такие, как калия хлорид 4%-ный в ампулах или как единственный в России эффективный анальгетик, используемый для общей анестезии как новорожденных, так и стариков, - фентанил (разрешен с 1-го года жизни). Некоторые давно и широко используемые медикаменты проходят в России затянувшуюся апробацию (дексмедетомидин). Тем не менее *de facto* в педиатрической и неонатальной практике используются те же медикаменты, что и у взрослых, и детские анестезиологи-реаниматологи вынуждены постоянно нарушать требования инструкций, поскольку иначе не смогут осуществлять свои функции. Федеральный закон № 323-ФЗ на эту проблему не реагирует. Можно сослаться лишь на его ст. 36.1 «Особенности медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации», но полномочиями наделяются не локальные этические комитеты, а этический комитет и экспертный совет Минздрава РФ, что никак не решает проблему на местах.

Использование лекарственных средств *off-label* можно переместить в рамки права, если Минздрав РФ делегирует полномочия, описанные в ст. 36.1 Федерального закона № 323-ФЗ, уполномоченным органам субъектов Федерации согласно ст. 5 Федерального закона от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (с изменениями на 02.08.2019). Тогда могут быть составлены, утверждены и легитимизированы локальные списки лекарств для интенсивной терапии детей.

Специфика получения информированного согласия на применение методик интенсивной терапии и анестезии заключается в принципиальной невозможности оценки законным представителем ребенка действительной опасности и целесообразности предложений. Каждый любящий родитель

убежден в уникальности, особой ранимости своего ребенка. Поэтому статья 20 Федерального закона № 323-ФЗ (п. 2) требует согласия одного из родителей, подразумевая, что согласие даст тот, у кого устойчивее психика и сохраннее логика. В этой проблематике приоритетна проблема преодоления информированного отказа от медицинских мероприятий, и Закон помогает эту проблему решить. При объяснении родителям последствия отказа следует указать и уголовные последствия для лица, настаивающего на отказе (ст. 125 УК РФ «Оставление в опасности»). В пункте 5 зафиксировано право медицинской организации обратиться в суд при несогласии с отказом законного представителя от лечения, в этом же пункте содержится условие признания отказа легитимным - информирование органов опеки и попечительства. Отсюда следует необходимость признания отказа законным именно этими органами, но уточнения в Законе не имеется. Представляются логичными следующие действия врача при отказе законного представителя от лечения ребенка: получение подписи законного представителя, подтверждающей разъяснение ему последствий отказа для ребенка и самого законного представителя; ожидание решения органа опеки на заявление законного представителя; представление отказа и решения органа опеки в суд; действия по решению суда. Выполнение врачом отказа законного представителя без соблюдения такой процедуры может быть расценено в будущем как эвтаназия, запрещенная в РФ (ст. 45 Федерального закона № 323-ФЗ).

Закон содержит принцип неравноправия участников лечебного и диагностического процесса: если для врача и медицинской сестры УК РФ предусматривает реальные наказания за нарушение профессиональных обязанностей, то обязанности граждан в сфере охраны здоровья (ст. 27 Федерального закона № 323-ФЗ) обозначены декларативно. Но в условиях страховой медицины реальная ответственность пациента за несоблюдение требований ст. 27 Федерального закона № 323-ФЗ, снижающая или исключая ответственность врача, должна быть предусмотрена в

Уголовном и Гражданском кодексах.

Таким образом, можно выделить основные аспекты проблемы правового обеспечения деятельности врача - анестезиолога-реаниматолога, занимающегося интенсивной терапией детей:

1. Детская анестезиология и реаниматология имеет два существенных признака: врач часто сталкивается с неконструктивной позицией законных представителей; большинство жизненно необходимых медикаментов, применяемых в интенсивной педиатрии, формально противопоказаны для применения в детском возрасте.

2. Порядки оказания медицинской помощи (Приказы № 909н и № 921н) не содержат сведений о стратегии и тактике лечения.

3. Клинические рекомендации, которые анонсируются в качестве документов, определяющих действия врача, не могут иметь силу закона по определению.

4. Система юридической защиты анестезиологов-реаниматологов, медицинских сестер - анестезистов, палатных медицинских сестер ОРИТ в России отсутствует.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь позволило сделать следующие теоретические выводы.

Содержание конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь составляет совокупность отдельных правомочий каждого по улучшению и поддержанию здоровья, как важнейшего социально-экономического блага, возможность доступа к условиям, необходимым для формирования здорового образа жизни, своевременное обеспечение профилактических, лечебных и реабилитационных мер направленных на сохранение и укрепление здоровья.

Современное российское законодательство о здравоохранении, ориентируясь на нормы и принципы международного права, закрепляет в нормативных правовых актах выработанную государством политику в сфере охраны здоровья граждан, обеспечивая тем самым ее легальность и гарантии реализации. Систематизация законодательства в сфере здравоохранения позволяет упорядочить действующие акты законодательного регулирования в области охраны здоровья и медицинской помощи и представить их следующими уровнями:

Первый уровень Конституция РФ и акты международного права, определяющие стандарты в области обеспечения права на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Второй уровень федеральные законы, регулирующие различные виды отношений в сфере здравоохранения, в зависимости от предмета регулирования, их можно условно разделить на три подуровня: система отраслевого законодательства, регулирующая различные общественные отношения, и в том числе частично затрагивающая вопросы регламентации сферы охраны здоровья и медицинской деятельности; система общего законодательства, регулирующая общественные отношения по вопросам организации и обеспечения охраны здоровья и медицинской помощи; система

специального законодательства, регулирующая общественные отношения и закрепляющая специальные гарантии права на охрану здоровья и медицинскую помощь в отдельных направлениях медицинской деятельности.

Третий уровень составляют подзаконные нормативно - правовые акты, которым отводится особое место в системе нормативных правовых актов в сфере здравоохранения.

Четвертый уровень законодательства о здравоохранении составляют нормы законодательства субъектов Российской Федерации.

Принципы реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь, являются, по сути, отраслевыми принципами регулируемых общественных отношений, представляют собой сформулированные основополагающие идеи, определяющие процессы формирования и реализации права на любом этапе. Данные принципы реализации конституционного права призваны отражать специфику регулируемых общественных отношений в сфере охраны здоровья в Российской Федерации, обеспечивая тем самым единство* действия права и соблюдение баланса интересов, заложенного в праве.

В настоящий момент правовые гарантии обеспечения охраны здоровья граждан связаны с совершенствованием законодательства в сфере здравоохранения, которое можно рассматривать как процесс закрепления правовых средств и способов, направленных на усиление позитивных факторов, способствующих реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в современных условиях.

Проведенное исследование перспектив реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь позволило сделать следующие предложения.

Современный этап развития общества - эпоха реформирования системы здравоохранения. В том числе происходит изменение законодательства в сфере охраны здоровья, которым установлены правовые, организационные, экономические основы охраны здоровья граждан, гарантии реализации прав

граждан, полномочия и ответственность органов государственной власти и местного самоуправления, медицинских организаций в сфере охраны здоровья. Приоритетным признается принцип профилактики заболеваний. В связи с этим рекомендуется разработать специальные программы для врачей по обучению управлению своим поведением и повышению профессиональной культуры с целью снижения риска привлечения их к ответственности, а также создать для пациентов возможность независимо от их материального благосостояния приобретать необходимые медицинские препараты.

Таким образом, реализация прав и свобод человека в сфере охраны здоровья возможна в связи с гарантированием государством всем гражданам путем:

- разработки программ федерального значения в субъектах РФ, на местных уровнях, направленных на сохранение и укрепление здоровья каждого человека и создание резервных фондов для их финансирования;
- осуществления последовательных целесообразных действий, направленных на достижение целей по реализации гарантирования прав и свобод граждан в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи;
- организации мероприятий по развитию системы здравоохранения на федеральном уровне, уровне субъектов Федерации, на местном уровне;
- вознаграждения инициативного функционирования организаций, направленных на сохранение и укрепление здоровья нации, пропагандирующих здоровый образ жизни;
- формирования мероприятий, направленных на укрепление здоровья, развитие физических способностей человека, спортивных достижений;
- субсидирования проведения мероприятий по финансированию программ по природоохранным благополучию и гигиенической обеспеченности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Нормативно-правовые акты

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. - 2014. - № 31. - Ст. 4398.
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 2011. - № 48. - Ст. 6724.
3. Федеральный закон от 29.12.2014 № 474-ФЗ «Об особенностях правового регулирования отношений в сферах охраны здоровья и обращения лекарственных средств на территориях Республики Крым и города федерального значения Севастополя» // Собрание законодательства РФ». – 2015. - № 1. - Ст. 27.

Научная и учебная литература

4. Авакьян, С.А. Конституция России: природа, эволюция, современность / С.А. Авакьян. 2-е изд. - М.: РЮИД, 2000. - 528 с.
5. Алебастрова, И.А. Конституционное право зарубежных стран: Учебное пособие / И.А. Алебастрова. - М.: Юрайт-М, 2001. - 638 с.
6. Дудко, И.Г. Влияние европейского права на конституционное право государств Центральной и Восточной Европы: Монография / И.Г. Дудко, И.А. Гагаева. - М.: Юрлитинформ, 2013. - 278 с.
7. Игитян, М.Ю. Государственно-частное партнерство в современной России: Монография / М.Ю. Игитян, С.Г. Камолов, А.В. Павлюк; Ответственный редактор С.Г. Камолов. - Москва: Издательство Фонда поддержки международных программ. 2017. - 520 с.
8. Калашников, С.В. Применение общепризнанных принципов и норм в сфере защиты прав человека в России: вопросы теории и практики / С.В. Калашников. - М.: ДМК Пресс, 2010. - 162 с.

9. Камолов, С.Г. Информационные технологии для государственных служащих: Учебное пособие / С.Г. Камолов, П.В. Артемова. - Москва, 2017. - 215 с.
10. Ковлер, А.И. Европейская конвенция в международной системе защиты прав человека: монография. / А.И. Ковлер. - М.: ИНФРА-М, 2019. - 304 с.
11. Конституция Европейского союза. Договор, устанавливающий Конституцию для Европы: с комментарием / С.Ю. Кашкин. - М.: ИНФРА-М, 2005. - 619 с.
12. Международное право: учебник / Б.М. Ашавский, М.М. Бирюков, В.Д. Бордунов. - М.: Статут, 2015. - 848 с.
13. Нарутто, С.В. Конституционный судебный процесс: Учебник / С.В. Нарутто, С.Э. Несмеянова, Е.С. Шугрина. - М.: Норма, 2014. - 433 с.
14. Пчелинцев, С.В. Проблемы ограничения прав и свобод граждан в условиях особых правовых режимов / С.В. Пчелинцев. - М.: Норма, 2006. - 479 с.
15. Хабриева, Т.Я. Теория современной конституции: Монография / Т.Я. Хабриева, В.Е. Чиркин. - М.: Норма, 2005. - 319 с.
16. Шилюк, Т.О. Административно-правовое регулирование в области здравоохранения: Автореферат диссертации кандидата юридических наук / Т.О. Шилюк. - Москва, 2010. - 29 с.

Публикации в научных журналах, сборниках и СМИ

17. Алексеева, Л.П. Вопросы государственного управления в сфере здравоохранения / Л.П. Алексеева // Труды Института государства и права Российской академии наук. 2015. № 4. С. 125 - 138.
18. Ануфриева, Л.П. Конституция РФ и международное право: теоретический взгляд на понятия «общепризнанные принципы и нормы международного права» и *jus cogens* / Л.П. Ануфриева // Lex russica. - 2018. - № 12. - С. 37 - 47.
19. Аргунова, Ю.Н. «Признать виновной в совершении

преступления...» (Есть ли состав преступления в действиях врача-психиатра Ольги Андроновой?) / Ю.Н. Аргунова // Независимый психиатрический журнал. - 2018. - № 1. - С. 50 - 53.

20. Аргунова, Ю.Н. Уголовная ответственность за незаконное помещение в психиатрический стационар / Ю.Н. Аргунова // Независимый психиатрический журнал. - 2011. - № 4. - С. 36 - 42

21. Ахмедова, И.Ш. Вопросы правового регулирования деятельности органов государственного финансового контроля за расходами федерального бюджета на здравоохранение / И.Ш. Ахмедова // Право и экономика. - 2011. - № 5. - С. 39 - 47.

22. Балаян, Э.Ю. Международно-правовые принципы защиты прав и свобод человека и гражданина в условиях глобализации / Э.Ю. Балаян // Российская юстиция. - 2019. - № 11. - С. 18 - 21.

23. Батиевская, В.Б. Повышение качества государственного управления здравоохранением как необходимое условие его успешного развития / В.Б. Батиевская // Социогуманитарный вестник. - 2013. - № 2. - С. 42 - 44.

24. Беспалов, Ю.Ф. Некоторые проблемы применения семейного законодательства в части государственной охраны и защиты ребенка при непосредственной угрозе его жизни или здоровью и пути их решения / Ю.Ф. Беспалов // Семейное и жилищное право. - 2019. - № 4. - С. 4 - 7.

25. Богма, К.А. Особенности государственной политики в сфере здравоохранения / К.А. Богма // Здравоохранение Российской Федерации. - 2016. - № 3. - С. 162 - 167.

26. Власов, В.В. Стандарты медицинской помощи: состояние проблемы в России и возможности улучшения качества первичной медицинской помощи / В.В. Власов // Здравоохранение. - 2013. - № 4. - С. 73 - 77.

27. Голиков, О.И. Особенности аудита в сфере услуг / О.И. Голиков, И.В. Шумилова, А.В. Коняхина // Вестник Волжского университета им. В.Н.

Татищева. 2017. № 1. С. 111 - 127.

28. Дмитриев, В.С. Вопросы реализации верховенства прав человека / В.С. Дмитриев // Юридический мир. - 2014. - № 5. - С. 12 - 17.

29. Ершов, В.В. Прецеденты толкования Европейского суда по правам человека / В.В. Ершов // Российское правосудие. - 2007. - № 1. - С. 22 – 25.

30. Записная Т.В. Понятие государственной политики в области охраны здоровья населения // Медицинское право. - 2019. - № 5. - С. 14 - 18.

31. Зорькин, В.Д. Обеспечение социальной справедливости и защита социальных прав граждан в конституционном правосудии / В.Д. Зорькин // Журнал конституционного правосудия. - 2013. - № 3. - С. 9 - 15.

32. Исполинов, А.С. Нормы *jus cogens* в решениях национальных и международных судов / А.С. Исполинов // Российский юридический журнал. - 2014. - № 6. - С. 7 - 14.

33. Катамазов, А.В. Правовая характеристика статуса конституций в зарубежных странах / А.В. Катамазов // Конституционное и муниципальное право. - 2012. - № 6. - С. 22 - 26.

34. Крусс, В.И. Конституционный генезис современного медицинского права и проблемы злоупотребления правом / В.И. Крусс // Медицинское право. - 2010. - № 5(1). - С. 34 - 51.

35. Левкевич, М.М. Основные направления государственной политики в сфере здравоохранения / М.М. Левкевич // Сибирская финансовая школа. - 2012. - № 1. - С. 19 - 25.

36. Матевосян, М.Г. Финансовое обеспечение реформирования здравоохранения в России / М.Г. Матевосян // Вестник Московского гуманитарно-экономического института. - 2018. - № 2. - С. 77 - 84.

37. Морозова, Л.А. Влияние глобализации на функции государства / Л.А. Морозова // Государство и право. - 2006. - № 6. - С. 105 - 106.

38. Мурзалиева, А.К. Государственный аудит эффективности выполнения бюджетных программ здравоохранения / А.К. Мурзалиева, А.Д. Каршалова // Управление экономическими системами: электронный научный

журнал. - 2018. - № 4(110). - С. 32 - 35.

39. Перевалов, В.Д. Взаимодействие правовых систем: теоретические аспекты / В.Д. Перевалов // Российский юридический журнал. - 2014. - № 5. - С. 7 - 14.

40. Переплеснина, Е.М. Механизм реализации конституционных предписаний о включении в правовую систему России общепризнанных принципов и норм международного права, международных договоров Российской Федерации / Е.М. Переплеснина // Международное публичное и частное право. - 2019. - № 3. - С. 38 - 42.

41. Пикуров, Н.Н. Риски медицинского вмешательства: уголовно-правовые аспекты / Н.Н. Пикуров // Уголовное право. - 2018. - № 3. - С. 86 - 92.

42. Платонова, Н.И. Особенности государственного регулирования в сфере охраны здоровья граждан на современном этапе в Российской Федерации / Н.И. Платонова // Государственная власть и местное самоуправление. - 2019. - № 7. - С. 50 - 55.

43. Повзун, С.А. Оценка качества медицинской помощи в случаях летальных исходов: трудности объективные и субъективные / С.А. Повзун // Медицинское право. - 2018. - № 3. - С. 13 - 16.

44. Пучкова, В.В. Совершенствование обеспечения конституционного права на охрану здоровья / В.В. Пучкова // Конституционное и муниципальное право. - 2019. - № 4. - С. 52 - 54.

45. Рассказов, Л.П. Глобализация и ее влияние на современное российское право / Л.П. Рассказов // Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета. - 2015. - № 56. - С. 19 - 24.

46. Удел-оол, А.С. Аудит эффективности расходования бюджетных средств по содержанию учреждений здравоохранения / А.С. Удел-оол // Форум молодых ученых. - 2018. - № 2(18). - С. 561 - 567.

47. Хасанов, Ф.З. Политика государства в области здравоохранения в

условиях модернизации российского общества / Х.З. Фасанов // Вестник Башкирского университета. - 2011. - № 1. - С. 45 - 55.

48. Чеснокова, М.Г. Понятие здоровья в контексте ключевых категорий культурно-деятельностного подхода / М.Г. Чеснокова // Вестник Московского университета. Сер. 14: Психология. - 2015. - № 2. - С. 23 - 36.

49. Шелтон, Д.И. Средства защиты прав человека в международном праве / Д.И. Шелтон // Государство и право. - 2004. - № 3. - С. 1 - 7.

50. Шепельков, В.В. Всегда ли отказ больного от медицинской помощи исключает уголовную ответственность врача? / В.В. Шепельков // Уголовное право. - 2016. - № 3. - С. 99 – 102.

ОТЗЫВ НАУЧНОГО РУКОВОДИТЕЛЯ
на выпускную квалификационную работу бакалавра
студентки гр. № 153ЮЮ52
Русиной Ксении Викторовны
(фамилия, имя, отчество)

Тема: Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

1. Актуальность исследования конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь проявляется в том, что сегодня, в реалиях максимальной загрузки системы здравоохранения, вызванной распространением короновирусной инфекции COVID-19, перед обществом и государством стоят вопросы пересмотра конституционных основ права на охрану здоровья и медицинскую помощь. Практика борьбы с короновирусной инфекцией в различных странах показывает, что в экстренных ситуациях, конституционные права граждан могут быть ограничены и действовать избирательно, что ставит под сомнение принцип равенства всех перед законом и равенства прав граждан.

Эффективность правового регулирования данной сферы, спорные вопросы правоприменительной практики, позволяют говорить о наличии проблемы регулирования данных отношений. Высокая значимость данного института в обществе приводит к необходимости защиты как самого общества, так и государства от всевозможных коллизий и пробелов законодательства в данной области.

2. Научная новизна: определяется постановкой проблемы и подходом к рассмотрению вопросов конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь. Выработаны предложения по совершенствованию законодательства.

3. Оценка полноты и качества выполнения задания на выпускной квалификационной работы: работа выполнена на основе глубокого изучения автором теоретической литературы и периодических изданий. Теоретические положения, отраженные в работе подкреплены анализом новейшего законодательства. Поставленные в плане вопросы раскрыты довольно полно и всесторонне.

4. Положительные стороны выпускной квалификационной работы: работа отличается высоким уровнем технического оформления и хорошим стилем изложения материала. Теоретическая и практическая значимость состоит в том, что автор стремится проанализировать законодательство, регулирующее и регламентирующее право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

5. Замечания и недостатки по выпускной квалификационной работе: замечания устранены в процессе подготовки работы.

6. Рекомендации по использованию выпускной квалификационной работы: материалы данной работы могут быть использованы при чтении лекционных курсов и в практике преподавания курса конституционного права в ВУЗах, при подготовке учебных и методических пособий для студентов и преподавателей. Материалы работы могут оказать помощь в повышении эффективности деятельности медицинских организаций.

7. Самостоятельность и творческий подход при подготовке выпускной квалификационной работы: автор проявил творческий подход к научно-практическому анализу актуальной и недостаточно исследованной темы, к грамотной работе со специальной литературой, к формулировке необходимых выводов и обобщений.

8. Выпускная квалификационная работа бакалавра К.В. Русиной соответствует установленным требованиям и может быть допущена к защите.

9. Дополнительная информация для ГАК:

Научный руководитель: доцент каф. ГПД, к.ю.н. В.А. Данилова

(должность, ученая степень, ученое звание, инициалы, фамилия)



(подпись)

Протокол

проверки на оригинальность в системе «Антиплагиат.ВУЗ» выпускной квалификационной работы на тему «Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь»

студентки гр. 153ЮЮ52 Русиной Ксении Викторовны

направления подготовки 40.03.01 «Юриспруденция»

/код, наименование направления подготовки/

профиль Правозащитная деятельность

/наименование/



Пензенский государственный
университет

СПРАВКА

о результатах проверки текстового документа
на наличие заимствований

Проверка выполнена в системе
Антиплагиат.ВУЗ

Автор работы	Русина Ксения Викторовна
Подразделение	Государственно-правовые дисциплины
Тип работы	Выпускная квалификационная работа
Название работы	Русина К.В.
Название файла	Русина К.В.docx
Процент заимствования	41.85 %
Процент самоцитирования	0.00 %
Процент цитирования	25.25 %
Процент оригинальности	32.90 %
Дата проверки	11:06:48 27 мая 2020г.
Модули поиска	Модуль поиска ИПС "Адилет"; Модуль выделения библиографических записей; Сводная коллекция ЭБС; Модуль поиска "Интернет Плюс"; Коллекция РГБ; Цитирование; Модуль поиска переводных заимствований; Модуль поиска переводных заимствований по eLibrary (EnRu); Модуль поиска переводных заимствований по интернет (EnRu); Коллекция eLIBRARY.RU; Коллекция ГАРАНТ; Коллекция Медицина; Диссертации и авторефераты НББ; Модуль поиска перефразирований eLIBRARY.RU; Модуль поиска перефразирований Интернет; Коллекция Патенты; Модуль поиска "ПГУ"; Модуль поиска общеупотребительных выражений; Кольцо вузов; Коллекция Wiley
Работу проверил	Данилова Валерия Александровна ФИО проверяющего

«__» _____ 2020 г.

Руководитель ВКР / В.А. Данилова /