

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**
«ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт

Юридический

Кафедра

«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) 17ЮЮЗ
номер группы


подпись, дата

Шувалова Виктория Александровна
фамилия, имя, отчество полностью

Научный руководитель К.Ю.Н., доцент
должность

ПГУ

наименование организации

Консультанты:


подпись, дата

Стульникова О.В.
фамилия, инициалы

ПО _____
наименование раздела, звание, должность

подпись, дата

фамилия, инициалы

ПО _____
наименование раздела, звание, должность

подпись, дата

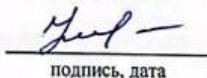
фамилия, инициалы

ПО _____
наименование раздела, звание, должность

подпись, дата

фамилия, инициалы

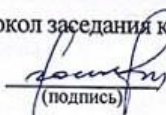
Нормоконтролер: К.И.Н., доцент
должность


подпись, дата

Логачева Н.В.
фамилия, инициалы

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от _____ № _____)

Заведующий кафедрой


(подпись)

Романовская О.В.
(фамилия, инициалы)

Работа защищена с отметкой _____ (протокол заседания ГЭК от _____ 2021
г. № _____).

Секретарь ГЭК

(подпись)

Вдовина Т.Е.
(фамилия, инициалы)

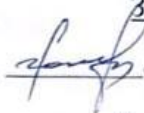
Пенза 2021

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Юридический институт

Направление «Юриспруденция»

УТВЕРЖДАЮ

 Зав. кафедрой ГПД
название
О.В. Романовская /
(инициалы и фамилия)
«__» _____ 2021 г.

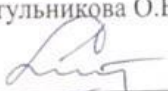
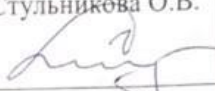
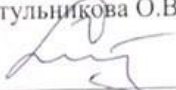
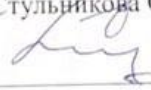
ЗАДАНИЕ

на выпускную квалификационную работу студентки гр. №17ЮЮЗ

Шуваловой Виктории Александровны

1. Тема работы Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь
2. Научный руководитель доцент, к.ю.н. Стульникова Ольга Васильевна
3. Дата выдачи задания 19.04.2021 г.
4. Срок сдачи студентом законченной работы 04.06.2021 г.
5. Перечень подлежащих разработке вопросов:
 - Понятие и содержание права на охрану здоровья и медицинскую помощь;
 - История развития законодательства о праве на охрану здоровья и медицинскую помощь;
 - Механизмы обеспечения конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации;
 - Проблемы цифровизации реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь;
 - Проблемы защиты прав пациентов как основы реализации конституционного права на медицинскую помощь;
 - Перспективы использования генетических технологий при реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь.

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

Раздел	Консультант	Подпись, дата	
		Задание выдал	Выполненное задание принял
Введение		19 апреля 2021 г. Стульникова О.В. 	29 апреля 2021 г. Стульникова О.В. 
Конституционно-правовая природа права на охрану здоровья и медицинскую помощь		29 апреля 2021 г. Стульникова О.В. 	10 мая 2021 г. Стульникова О.В. 
Проблемы реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации		10 мая 2021 г. Стульникова О.В. 	26 мая 2021 г. Стульникова О.В. 
Заключение		26 мая 2021 г. Стульникова О.В. 	04 июня 2021 г. Стульникова О.В. 

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
1 КОНСТИТУЦИОННО-ПРАВОВАЯ ПРИРОДА ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ	8
1.1 Понятие и содержание права на охрану здоровья и медицинскую помощь	8
1.2 История развития законодательства о праве на охрану здоровья и медицинскую помощь	18
1.3 Механизмы обеспечения конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации.....	29
2 ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА ГРАЖДАН НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	33
2.1 Проблемы цифровизации реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь	33
2.2 Проблемы защиты прав пациентов как основы реализации конституционного права на медицинскую помощь	41
2.3 Перспективы использования генетических технологий при реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь	47
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	64
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	67

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь проявляется в том, что здоровье является очень важным человеческим благом, требующим особого правового обеспечения. Уровень медицины в той или иной стране влияет на эффективность медицинской помощи, но именно право определяет, каким образом будет обеспечиваться конституционное право на здоровье. Сегодня, несмотря на достижения российских ученых в области медицинской науки, конституционное право на здоровье и медицинскую помощь реализуется не столь эффективно. Таким образом, можно сделать вывод о необходимости пересмотра правовых основ реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь, их дальнейшего усовершенствования и развития.

Научная проблема. Недостаточная эффективность правового регулирования конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь, возникающие 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.

Степень разработанности темы работы. Институт конституционного права в целом, а также проблемы правового регулирования конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь, в частности, стали объектом исследования многих отечественных ученых, среди которых необходимо выделить: Астахова М.А., Ахмедова А.Я., Баукина И.И., Беляева В.П., Беспалова Ю.Ф., Вихарева А.А., Волос А.А., Карташова В.Н., Клеандрова М.И., Крашенинникова П.В., Лебедева В.М., Леженникова И.М., Мамыкина А.С., Мохова А.А., Нариньяни А., Носкова И.Ю., Нечаева А.М., Петрухина И.Л., Петухова Н.А., Ралько В.В., Рузанова

В.Д., Савельева Д.Б., Серебрякова А.А., Смолина Л.А., Степкина С.П., Цветкова А.С., Чашкова С.Ю., Шершень Т.В., и других отечественных деятелей юриспруденции.

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

Предметом исследования нормативно-правовые акты, регулирующие общественные отношения, возникающие в связи с реализацией конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации.

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

Задачи исследования:

- определение понятия и содержания права на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- исторический анализ развития законодательства о праве на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- анализ механизма обеспечения конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации;
- выявление проблем цифровизации реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь;
- выявление проблем защиты прав пациентов как основы реализации конституционного права на медицинскую помощь;
- определение перспектив использования генетических технологий при реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Практическая значимость. Материалы данной работы могут быть использованы при чтении лекционных курсов и в практике преподавания курса конституционного права, при подготовке учебных и методических

пособий для студентов и преподавателей. Материалы работы могут быть полезны 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 общественных отношений, возникающих в связи с реализацией конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации.

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.

1 КОНСТИТУЦИОННО-ПРАВОВАЯ ПРИРОДА ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

1.1 Понятие и содержание права на охрану здоровья и медицинскую помощь

Сегодня понятие «медицинская помощь» и связанные с ней понятия, в частности понятие «охрана здоровья», а также вопросы о происхождении, возникновении и содержании субъективного права на медицинскую помощь, включая механизм его реализации, являются достаточно интересными объектами для рассмотрения и изучения.

В Конституции РФ¹ имеется понятие «медицинская помощь» в рамках права каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь (ч. 1 ст. 41), а также имеется положение о необходимости развития частной системы здравоохранения (ч. 2 ст. 41). При этом еще до принятия в нашей стране последней Конституции был принят Закон РФ² от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», положения, которого (п. 6 ст. 13, п. 5 ст. 28, ст. 31) рассматривают медицинскую услугу наравне с другими видами услуг, распространяя на нее, например, санкции в виде штрафов и неустоек.

2 марта 2020 г. внесены поправки Президента РФ к проекту Закона РФ о поправке к Конституции РФ. В них предложено изложить в новой редакции п. «ж» ч. 1 ст. 72 Конституции РФ (о совместном ведении Российской Федерации и субъектов РФ). Так, в п. «ж» предлагается читать, что в совместном ведении находятся «координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создания условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры

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 Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 22.12.2020) "О защите прав потребителей"// «Российская газета» от 7 апреля 1992 г.

ответственного отношения граждан к своему здоровью, социальная защита, включая социальное обеспечение». Кроме того, в ч. 1 ст. 132 указано, что «органы местного самоуправления самостоятельно управляют муниципальной собственностью, формируют, утверждают и исполняют местный бюджет, вводят местные налоги и сборы, решают иные вопросы местного значения, а также в соответствии с федеральным законом обеспечивают в пределах своей компетенции доступность медицинской помощи». Данные поправки закрепились в Конституции РФ после всенародного голосования 2 июня 2020 г¹.

Сам факт того, что теперь в конституционном тексте содержится ряд категорий, имеющих принципиальное значение, - доступная и качественная медицинская помощь, общественное здоровье, культура ответственного отношения граждан к своему здоровью - позволяет судить об уровне интеграции медицинского знания в право, дает основания предполагать качественный скачок в конституционализации правового регулирования и опосредуемых им общественных отношений в сфере охраны здоровья и медицинской помощи. В прогностическом плане это означает, что можно ожидать серьезных трансформаций в содержании гарантированного Конституцией РФ права человека и гражданина на медицинскую помощь, переоценке роли обязанности гражданина заботиться о сохранении своего здоровья, активизации субъектами РФ (постольку, поскольку это сфера совместного с Российской Федерацией ведения) поиска актуальных в современных условиях форм обеспечения доступности и качества медицинской помощи².

На региональном уровне категория «медицинская помощь» встречается непосредственно в 48 конституциях (уставах) субъектов РФ из 85, а в оставшихся 37 конституциях (уставах) она имплицитно подразумевается в формулировках о непротиворечии норм соответствующего учредительного

¹Дробот М.А. Медицинские услуги в системе услуг // Социальное и пенсионное право. - 2011. - № 1. - С. 38 - 40.

²Ситдикова Л.Б. Правовая природа медицинских услуг: гражданско-правовой аспект // Российская - 2010. - № 2. - С. 12 - 16.

акта нормам Конституции РФ. Понятие «медицинская услуга» выявлено лишь в единичных случаях. Например, в Уставе (Основном Законе) Алтайского края в п. 2 ст. 11 (в ред. Закона Алтайского края от 06.03.2014 №16-ЗС) указано, что каждый имеет право на «получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования».

Кроме того, стоит отметить, что хотя Конституция РФ в ст. 41 закрепляет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, она не дает какой-либо расшифровки понятий «охрана здоровья» и «медицинская помощь». Данные категории раскрываются в специальном нормативно-правовом акте, а именно Федеральном законе от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹.

В настоящее время при анализе правового регулирования, введенного Законом № 323-ФЗ, необходимо отметить, что право на медицинскую помощь является составной частью охраны здоровья, которая определяется, как система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи. Так, оказание доступной и качественной медицинской помощью является непосредственным правом, которое в свою очередь направлено на обеспечение права на охрану здоровья.

Сама медицинская помощь, согласно Законом № 323-ФЗ, является одним из видов медицинской деятельности наряду с медицинскими

¹ 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.

экспертизами, медицинскими осмотрами, медицинскими освидетельствованиями и др. (ч. 10 ст. 2 Закона № 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. Следуя логике приведенных положений, медицинская услуга является частью медицинской помощи и может входить в комплекс мероприятий, предоставляемых пациенту. Также необходимо отметить, что понятие «медицинская помощь», прежде всего, направлено на поддержание и (или) восстановление здоровья, охрану которого гарантирует государство.

Часть 2 ст. 19 Закона № 323-ФЗ закрепляет право каждого на получение платных медицинских услуг. В п. 8 ст. 84 Закона № 323-ФЗ законодатель прямо отсылает пациентов к положениям Закона РФ «О защите прав потребителей», который устанавливает право пациентов - заказчиков-потребителей на приобретение услуг надлежащего качества. Однако на сегодняшний день нормативное определение надлежащего и ненадлежащего качества медицинской помощи и тем более качества медицинских услуг отсутствует. Более того, другие положения этого Закона также трудноприменимы к деятельности, в ходе которой оказываются медицинские услуги¹.

Следовательно, федеральный законодатель, объединив в одну дефиницию два понятия «медицинская помощь» и «медицинская услуга», относящихся к различным правовым сферам, соответственно к публично-правовой и частноправовой, определил, что понятие «медицинская помощь» шире понятия «медицинская услуга». При этом законодатель определил, что медицинская услуга - это медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих

¹Улаева Н.Л. Российские медицинские услуги: специфика и проблема правового регулирования // Общество и право. - 2015. - № 2. - С. 50 - 54.

самостоятельное законченное значение (п. 4 ст. 2 Закона № 323-ФЗ).

Если провести анализ международных правовых документов, например Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе, в ней дано определение медицинской помощи как врачебных, сестринских или связанных с ними услуг, оказываемых производителями медицинских услуг и лечебно-профилактическими учреждениями. Действительно, во многих зарубежных медицинских руководствах медицинская помощь напрямую рассматривается через понятие «медицинская услуга». Однако необходимо понимать, что за рубежом в многовековой исторической ретроспективе всегда доминировала платная медицинская помощь под соответствующим названием «медицинская услуга»¹.

Категория «медицинская услуга» является инновационной не только в практике отечественной медицины, в ее правовом регулировании, но и, что особенно важно, в ментальном плане. Забегая немного вперед, хотелось бы заметить, что доминирующей формой оказания медицинского содействия в нашем отечестве всегда являлась для человека бесплатная медицинская помощь. Хотя зачатки института платной медицинской помощи фиксируются уже в старейшем своде юридических норм Древней Руси Русской Правде, она всегда была доступна лишь небольшому числу состоятельных граждан. Поэтому термин «услуга» по отношению то ли к военному, то ли гражданскому медицинскому работнику, например к лекарю или земскому врачу, не употреблялся.

В Гражданском кодексе Российской Федерации² при формулировке ст. 426 используется понятие «медицинское обслуживание» для признания договора публичным, в частности договора по оказанию соответствующих услуг. Статья 779 ГК РФ, посвященная правовому регулированию в рамках договора возмездного оказания услуг, в ч. 2 определила, что правила настоящей главы применяются к договорам оказания, в частности,

¹Коробкова О.К. Экономическая трактовка понятия «медицинская услуга» // Экономические науки: экономическая теория. - 2010. - № 9 (70). - С. 65 - 68.

²Гражданский кодекс Российской Федерации от 30.11.1994 N 51-ФЗ (ред. от ред. от 30.04.2021).//Собрание законодательства РФ.- 1994 г. – №32 .-ст. 3301.

медицинских услуг. При этом медицинский работник и медицинская организация обязуются по заданию пациента (заказчика) совершить определенные (правильные) действия, а заказчик обязуется оплатить эти услуги. Следует обратить внимание на то, что договор возмездного оказания медицинских услуг, согласно требованиям ГК РФ, не содержит обязательств по их результату в отличие, например, от договора подряда (п. 1 ст. 702), по которому подрядчик обязуется выполнить по заданию заказчика определенную работу и сдать ее результат заказчику, а заказчик обязуется принять результат и оплатить его. Таким образом, даже наиболее часто используемая в платной медицине форма договора возмездного оказания услуг не содержит обязательств исполнителя относительно результата оказания, что с учетом рискового характера медицинской помощи допустимо.

Согласно отраслевому стандарту «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» от 1 февраля 2001 г. «медицинская услуга - мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость».

В практике отечественного здравоохранения как в системе ОМС, так и частной медицинской деятельности принято оперировать понятием «медицинская услуга», которое часто используется для финансово-экономического учета, контроля и расчетов, как в частном, так и в государственном и муниципальном его секторах, например, при оценке объемов медицинской помощи, а также при ее прогнозировании.

Во многих исследованиях авторы, рассматривая термин «медицинская услуга» в экономической и правовой трактовке, предлагают его определения, общий смысл которых сводится к тому, что это вид медицинской деятельности, оказываемой медицинскими работниками, направленной на оздоровление организма, восстановление его физического и психологического здоровья, имеющей самостоятельное значение и

стоимостную оценку.

Так, по мнению Н.С. Пономарева¹, медицинская помощь - это особая и весьма специфическая форма возмездных отношений между пациентом и медицинской организацией. Эти отношения укладываются в содержание и логику договора в пользу третьих лиц, что в соответствии с ч. 1 ст. 430 ГК РФ является договором, в котором должник обязан произвести исполнение не кредитору, а указанному или не указанному в договоре третьему лицу, имеющему право требовать от должника исполнения обязательства в свою пользу. При этом и медицинская помощь, и медицинская услуга представляют собой совокупность благ медицинского назначения, которые предоставляются исключительно по договорам.

Существенные акценты в вопросе правового регулирования и правопонимания понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» расставил Конституционный Суд РФ, который указал, в частности, что право на медицинскую помощь включает в себя право на получение медицинских услуг, которые не входят в гарантированный объем бесплатных медицинских услуг, предоставляемых в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и принимаемых на ее основе территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, а осуществляется на возмездной основе (кроме случаев, когда в силу специальных законоположений конкретным категориям граждан эти услуги оказываются бесплатно). Отсюда также следует, что «медицинская помощь» включает в себя «медицинские услуги», которые, в свою очередь, могут быть для пациента как бесплатными, например, за счет государства, так и платными.

Таким образом, правовое понятие «медицинская услуга» имеет не только юридическое, но и определенное финансово-экономическое

¹Пономарев Н.С. К вопросу о соотношении понятий «медицинская помощь» и «медицинские услуги», их юридическое значение для защиты прав и законных интересов граждан // Медицинское право. - 2019. - № 3. - С. 39 - 44.

содержание. При этом по общему правилу за медицинскую услугу необходимо производить оплату самому пациенту (через договор возмездного оказания услуги) или кому-то за него: государству (через соответствующую статью бюджета), страховому фонду или СМО (страховые взносы через договор), другому человеку - благотворителю (через договор).

Более того, медицинскую помощь, остающуюся в рамках терминологии и смысла Закона № 323-ФЗ, нужно понимать как отношения, складывающиеся между пациентом и медицинским работником в связи с объективной потребностью человека в содействии его усилиям, направленным на сохранение своего здоровья. В связи с тем, что в Законе № 323-ФЗ законодатель среди основных принципов охраны здоровья ввел принцип «доступность и качество медицинской помощи» и закрепил правовые нормы формирования институтов ДМП и КМП. Именно поэтому медицинскую помощь нужно рассматривать как доступный и качественный комплекс медицинских (профилактических, диагностических, лечебных, медицинских реабилитационных) вмешательств и невмешательств, иных предусмотренных законодательством в сфере охраны здоровья мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья. При этом медицинское невмешательство - правомерное бездействие медицинского работника в ходе оказания медицинской помощи, обусловленное течением заболевания или текущим состоянием пациента. Данное определение выводит понятие «медицинская помощь» из прямой связи с определением «медицинская услуга» и разделяет термины из публично-правового и частноправового секторов.

Под «медицинской услугой» как частноправовым явлением необходимо понимать медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику, лечение, общее оздоровление организма, восстановление его физического и психологического здоровья, имеющих самостоятельное законченное значение и, как правило, определенную стоимость.

Следует также иметь в виду, что платные медицинские услуги могут быть оказаны по просьбе заказчика-пациента в большем объеме, чем стандарт медицинской помощи (ч. 4 ст. 84 Закона № 323-ФЗ) в системе ОМС.

Таким образом, «медицинская помощь» и инновационное для нашего здравоохранения понятие «медицинская услуга» представляют собой разные, но во многом пересекающиеся понятия. Каждое из них отражает определенную семантическую, историческую, медико-организационную и правовую особенности применения современных знаний в общественных отношениях, связанных с медициной. Медицинская помощь выступает как объективная конституционно-правовая категория, которая является первичной основой для всех видов медицинских вмешательств и невмешательств и иных предусмотренных законодательством мероприятий. В определенном смысле понятие «медицинская помощь» является родовым по отношению к понятию «медицинская услуга». Исторически в правовом и организационном регулировании в России доминировало понятие «медицинская помощь», а за рубежом, наоборот, «медицинская услуга». Отсюда в ментальном и профессионально-моральном плане пока трудно воспринимается как пациентами, так и особенно медицинскими работниками сведение всей медицинской помощи к услугам. При этом то, что в частном секторе здравоохранения оказываются именно медицинские услуги, ни у кого не вызывает сомнений. Проблемной темой является оценка медицинской помощи, оказываемой в рамках программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, а также других, в том числе оплачиваемых из бюджета, ее вариантов. Кроме того, в медико-организационном плане в составе медицинской помощи имеются как вмешательства, так и правомерные невмешательства, а также иные предусмотренные законодательством мероприятия. При этом особенностью является то, что понятие «медицинская услуга» не касается медицинских невмешательств. Очевидно, что в финансово-экономическом плане для оценки, контроля и даже прогноза деятельности медицинского работника

удобнее использовать подход через «медицинскую услугу» как явление, имеющее определенное юридическое содержание и стоимостное выражение. Кроме того, очевидно, что между этими понятиями имеется различие в публично-правовых и частноправовых подходах, а также, наоборот, сходство в том, что медицинская помощь, как и медицинская услуга, предоставляется человеку по соответствующим договорам (ОМС, оказания возмездных услуг и др.). Более того оба термина входят в единое право человека- право на охрану здоровья и медицинскую помощь, как комплекс мероприятий, направленных на развитие, укрепление и сохранение здоровья человека, представляющее собой основное благо, без которого все остальные права не будут иметь столь большое значение.

1.2 История развития законодательства о праве на охрану здоровья и медицинскую помощь

В отечественном законодательстве вопросы охраны здоровья населения и реализации ответственности за ненадлежащую медицинскую деятельность имеют глубокие исторические корни.

Началом государственной организации здравоохранения считается учреждение Иваном Грозным Аптекарской палаты, являющейся первым органом государственного управления медицинским делом в России. Он был создан для пополнения царской аптеки лекарствами и контроля за деятельностью иностранных лекарей. В последующем Аптекарские палаты были преобразованы Борисом Годуновым в Аптекарский приказ, деятельность которого охватывала все врачебное и аптекарское дело в России, организацию медицинского обеспечения¹.

В 1686 году появился «Боярский приговор» - первый в России закон, предусматривающий «наказание лекарей незнающих медицинских наук и по невежеству в употреблении медикаментов, причинявших смерть больному».

Позднее русское законодательство изменилось и за смерть от неправильного врачевания или тяжелый вред здоровью виновный предавался церковному покаянию. Если подобных последствий не происходило, то врачу, допустившему ненадлежащее лечение, воспрещалось практиковать «доколе он не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела»².

Воинский /1716г./ и Морской /1720г./ уставы Петра I законодательно закрепили наказание за ненадлежащее лечение. Они определили требования не только к профессиональной деятельности, но и к личным качествам врача: «Следует чтобы лекарь в докторстве доброе основание и практику имел;

¹Банникова И.Г. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь: содержание и историческая ретроспектива // Вестник Пензенского государственного университета. - 2014. - № 2(6). - С 51-54.

²Епифанова Е.В. Регламентация медицинских отношений: история права и современные проблемы //Очерки новейшей камералистики. – 2014. - №1. – С. 37-40.

трезвым, умеренным и доброхотным себя держал и в нужных случаях чин свой как ночью так и днём отправлять мог».

При Екатерине II активно развивались новые для России направления врачевания: были открыты больницы для лечения сифилиса, психиатрические клиники и многочисленные приюты, издан ряд фундаментальных трудов по вопросам медицины. Кроме того, уже в XVIII в. правительство поднимает вопрос о качестве медицинской помощи, оказываемой населению. Ряд правительственных указов (1721, 1729, 1750, 1756 гг.) был направлен на борьбу с шарлатанством в области медицины. Прекрасно иллюстрирует эти меры сенатский Указ от 18 июля 1756 г., запрещающий «не учившимся медицине и не имеющим в том свидетельства от Медицинской канцелярии, заниматься лечением больных под жестоким штрафом и наказанием»¹.

При Екатерине государство постепенно расширяло свое вмешательство в сферу здравоохранения в целях реализации охраны здоровья человека.

Далее особое внимание стоит обратить на законодательные положения середины XIX - начала XX в., а именно на «Свод Учреждений и Уставов врачебных по гражданской части» (получивший название Врачебный устав), Уложение о наказаниях уголовных и исправительных, а также Устав о наказаниях, налагаемых мировыми судьями, которые внесли неоспоримо большой вклад в развитие права на охрану здоровья и медицинскую помощь. Врачебный устав представлял собой объемное законоположение из 1866 статей с многочисленными приложениями, вошедших в состав XIII тома Свода законов Российской империи, где помещались нормы-дозволения и нормы-запреты (о порядке допуска к врачебной практике, о недозволенном и незаконном врачевании); в отличие от него остальные документы, корреспондируя с ним в конкретных статьях, отражали не только запреты, но и меры различных видов ответственности, в том числе уголовной.

¹ Кузнецова В.А. Генезис развития здравоохранения в России // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2020. - № 11-2 (69). – С. 67-70.

Врачебный устав содержал нормы об организации врачебной и фармацевтической деятельности (врачебные установления, книга 1), устав медицинской полиции, устав о карантинах (книга 2) и устав судебной медицины (книга 3). Статья 1 книги первой устанавливала структуру гражданской врачебной части, управляемой Министерством внутренних дел, включающую Медицинский департамент, Департамент Казенных врачебных заведений и Медицинский совет.

На Медицинский департамент возлагалась обязанность наблюдать за порядком производства медицинской практики (ст. ст. 128, 129 Врачебного устава) «в отвращении вреда, происходящего от врачевания, производимого людьми несведущими и непризнанными в России в звании медицинском», для чего ежегодно издавался общий список («календарь») всех врачей, как состоящих на службе, так и вольнопрактикующих. Доставляемый во все аптеки список содержал «все сведения о врачах», которые имели право выписывать рецепты. В дополнение к этому положению ст. 300 устанавливала единый знак «+» на лекарственные средства, отпуск которых без рецептов врачей не разрешался. Согласно ст. 130 Медицинский департамент был обязан «всемерно наблюдать, дабы лечение людей производимо было не иначе, как испытанными в том врачами, отвращая всякий вред, который от так называемых эмпириков и шарлатанов происходить может».

На Медицинский совет возлагался контроль (ст. 127 Врачебного устава) за порядком допущения иностранных врачей к практике в России, который был дифференцированным: «...некоторые не иначе как после обыкновенного испытания и получения ими... ученой степени, другим больше известным, после словесного лишь испытания (Collodium) в Медицинском совете; наконец, тем, которые сделали себе имя в ученом свете своими сочинениями, или успешною, отличною практикою, или занимали профессорские кафедры, или же важные по медицинской части места в других государствах, без всяких испытаний, по одному заключению

Медицинского совета, утверждаемому Министерством внутренних дел, об известных Совету достоинствах сих врачей».

Ряд статей Врачебного устава непосредственно регламентировал порядок оказания медицинской помощи (ст. ст. 115, 116, 175, 180, 183, 184). Например, в ст. 115 предусматривалось: «Оператор, призванный к больному, над которым нужно сделать операцию, буде время и обстоятельства терпят, не должен совершать оную без советов и присутствия других врачей, а особливо в важных случаях». Необходимо подчеркнуть позицию законодателя тех лет и в отношении границы полномочий различных специалистов в зависимости от уровня образования (ст. ст. 182, 185 - в отношении повивальных бабок, ст. 278 - в отношении фармацевтов)¹.

Запрет на занятие врачебной практикой недипломированным лицам устанавливала ст. 125 Врачебного устава: «Никто из российских подданных, так и иностранцев, не имеющих диплома или свидетельства от медико-хирургической академии и университетов, не может заниматься никакою отраслью врачебной или ветеринарной практики в России. Иностранные врачи, желающие заниматься практикою в России, обязаны, сверх того, непременно знать русский язык».

В свою очередь, больным запрещалось «призывать к себе эмпириков и шарлатанов» (ст. 133 Врачебного устава). Соответственно, ст. 935 Уложения о наказаниях определяла различные санкции для выдающих себя за «колдунов или чародеев» (в зависимости от тяжести вреда и количества случаев), в том числе «к заключению в смиренный дом... от восьми месяцев до одного года и четырех месяцев».

Запрет для «не имеющих звания доктора или лекаря постоянно заниматься лечением, и в особенности за денежную плату или для других собственных выгод», устанавливала ст. 132 Врачебного устава, а ст. 134 обязывала уездную полицию «людей, выдающих себя за врачей, и своим

¹Гецманова И.В. Из истории отечественного законодательства в области врачевания и охраны здоровья населения // Медицинское право. - 2010. - № 3. - С. 49 - 54.

лекарством более вреда, нежели пользы, причиняющих, ловить и представлять в земскую полицию для взыскания по законам».

Обратившись к Уложению о наказаниях уголовных и исправительных, можно выделить главу первую «О преступлениях и проступках против постановлений, ограждающих народное здравие», включающую отделение второе «О нарушении постановлений против распространения повальных и прилипчивых болезней» (ст. ст. 854 - 858), одна из статей которого предусматривала ответственность врачей, находящихся на государственной службе и вольнопрактикующих, «которые не донесут немедленно местным медицинским начальствам» о каждом известном им случае таких болезней. Отделение пятое включало ответственность за нарушения санитарно-эпидемиологических правил («для охранения чистоты воздуха и безвредности воды, а также безвредности съестных припасов»), отделение шестое предусматривало ответственность за нарушения «правил, установленных для продажи, хранения и употребления веществ ядовитых и сильнодействующих». Наиболее интересным в фокусе рассматриваемых вопросов являлось отделение седьмое «О нарушении уставов врачебных». Оно включало среди пяти групп норм две, относящиеся к медицинской деятельности (остальные - к фармацевтической деятельности (ст. ст. 881 - 900)): первая - «Недозволенное и неправильное врачевание» (ст. ст. 870 - 871.1) и вторая - «Неисполнение обязанностей врачами, акушерами, повивальными бабками и т.п.» (ст. ст. 872 - 880). Так, в ст. 870 предусматривались случаи применения мер административного и нравственного взыскания к лицам, имеющим диплом на медицинское звание: «Когда медицинским начальством будет признано, что врач, оператор, акушер или повивальная бабка, по незнанию своего искусства, делают явные, более или менее важные в оном ошибки, то им воспрещается практика, доколе они не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела. Если от неправильного лечения последует кому-либо смерть или важный здоровью вред, то виновный, буде он

христианин, предается церковному покаянию по распоряжению своего духовного начальства (1885, 15 авг.)). Тот же текст содержался и в ст. 122 Врачебного устава (глава вторая «О врачах»)¹.

Понятие «неправильное лечение» относилось к дипломированным лицам, допускавшим вследствие незнания своего искусства ошибки, которые имели или могли иметь негативные последствия для здоровья пациентов, что устанавливалось медицинским начальством (губернским врачебным управлением, высшей инстанцией являлся Медицинский совет).

Статья 871 предусматривала несколько административных санкций должностным лицам, давшим «дозволение» на незаконную врачебную практику, в том числе вычет из времени службы, а чиновникам за вред от незаконного оспопрививания - денежное взыскание до 50 рублей. В этой же статье предусматривалась ответственность исполнителей указанных процедур (оспопрививателей) - арест от семи дней до трех недель. Ответственность за оспопрививание (выделяемое законодателем тех лет в особый вид медицинской деятельности) предусматривалась и в ст. 105 Устава о наказаниях, налагаемых мировыми судьями.

Необходимо отметить, что вплоть до 1864 г. «недозволенным лечением» (т.е. незаконным) признавалось занятие врачебной практикой недипломированным лицом, осуществляемое «из корыстных видов» (ст. 1115 Уложения о наказаниях 1845 г.). С введением Судебных уставов (20 ноября 1864 г.) уголовная ответственность наступала только в том случае, если от такого лечения наступал вред для здоровья пациента (ст. 104 Устава о наказаниях, налагаемых мировыми судьями).

В 1874 г. указанная ст. 104 вновь была изменена: аресту до 3 месяцев или штрафу до 300 рублей подвергались виновные в незаконном врачевании, если для лечения ими использовались сильнодействующие или ядовитые вещества, независимо от того, произошел от лечения вред или нет, при

¹Лядова М.В., Тучик Е.С., Лядова А.В. Историко-правовой анализ вопросов тяжести причинения вреда здоровью в первых законодательных документах // История государства и права. - 2014. - № 11. - С. 14 - 18.

условии, что оно не являлось безвозмездным (совершенным «по человеколюбию»). Если же от употребления этих веществ недипломированным лицом произошел вред здоровью, то виновный подвергался по ст. 871.1 Уложения о наказаниях тюремному заключению от 2 до 4 месяцев или же аресту от 7 дней до 3 месяцев либо штрафу до 300 рублей.

Таким образом, указанные изменения ограничили признаки незаконности врачевания. Кроме того, стали менее определены основания оценки медицинской практики как незаконной. Уголовный закон стал противоречить в трактовке понятия «недозволенное врачевание» Врачебному уставу, поставив под сомнение исключительное право дипломированных лиц заниматься медицинской практикой в объеме, разрешенном полученным образованием. Появившаяся нелогичность законодательных норм затрудняла привлечение виновных лиц к ответственности.

Одним из объективных оснований указанных нововведений был существенный недостаток в те годы дипломированных медицинских специалистов. Сыграла определенную роль и традиционная установка населения обращаться в случае недугов к знахарям, представителям народной медицины. «Составители уставов полагали, что подвергать уголовной ответственности за всякое врачевание лицами, не имеющими права заниматься медицинской практикой, при незначительном в то время контингенте врачей и привычкой народа обращаться к так называемым знахарям и знахаркам, было бы несправедливо и нецелесообразно».

Процедура привлечения дипломированных лиц к ответственности за неправильное лечение зависела от санкции уголовной нормы и от медицинского начальства, на которое возлагалась дача заключения по установлению наличия (отсутствия) в действиях врача ошибок, упущений; от данного заключения зависело предание суду. Когда нарушение не причиняло «важного вреда» здоровью и влекло за собой только запрещение практики (административную меру), предварительное следствие препровождалось

прокурором на заключение врачебной управы или Медицинского совета, для определения вида административных взысканий: от замечания и выговора без внесения в послужной список до удаления с должности и ареста до 7 дней (ст. 1066 Устава уголовного судопроизводства). Если в статье Уложения о наказаниях, вменяемой лицу, предусматривалось кроме административных взысканий и наказание по приговору суда, то присуждение лица к определенной мере наказания зависело от усмотрения судьи. Доктор медицины Ю.Ю. Гюбнер в работе «О повреждениях, причиняемых неправильным и противозаконным лечением» критически оценивал измененные законодательные положения о недозволенном врачевании: «Поистине непостижимо, каким образом понятие о врачевании поставлено в причинную и роковую связь с употреблением ядовитых и сильнодействующих средств. Как будто бы в руках невежды обыкновенное и общедоступное вещество не может превратиться в ядовитое и сильнодействующее! ...Невольно рождается вопрос: подлежат ли взысканию не имеющие права заниматься врачебною практикою, если они, не употребляя при лечении ядовитых и сильнодействующих веществ, причинят пациенту вред здоровью или смерть? Приходится отвечать отрицательно»¹. Ю.Ю. Гюбнер пришел к выводу, что «понятие о неправильном лечении совершенно исключает всякое намеренное противозаконное действие... ошибка, происшедшая от незнания врачебного искусства, не составляет преступления и не влечет наказания. Воспреещение практики есть не кара, а полицейская мера, ограничивающая общество от опасности, наложение церковного покаяния имеет целью исключительно нравственное успокоение».

Что касается незаконного врачевания, то в работе Ю.Ю. Гюбнера демонстрируется пример уголовного преследования В., который, не имея диплома, несколько лет занимался лечением глазных болезней. Дело было

¹Гюбнер Ю.Ю. О повреждениях, причиняемых неправильным и противозаконным лечением // Сборник сочинений по судебной медицине, судебной психиатрии, медицинской полиции, общественной гигиене, эпидемиологии, медицинской географии и медицинской статистике: сб. научных трудов. Медицинский департамент. - СПб.: Типография М.М. Стасюлевича, 1878. – Т. 2. – С. 547 - 548.

возбуждено полицией по заявлениям известных врачей после обращения к ним пострадавших от его невежественного лечения. В. обвинялся в недозволенном врачевании сильнодействующими веществами с корыстной целью (ст. 104 Устава о наказаниях, налагаемых мировыми судьями); изобличить его в причинении вреда здоровью не удалось. В ходе судебного следствия В. пояснил, что лечил тех, кто к нему обращался, и деньги брал только за лекарство. По его просьбе судом были допрошены четверо свидетелей. Свидетель городской показал, что он ничего не видел левым глазом, а после обращения в глазную лечебницу не стал видеть обоими глазами, но благодаря В. видит нормально, хотя глаза остаются «в воспалительном состоянии». Денег дал В. 3 рубля в долг. Второй свидетель пояснил, что лечился у В. семь месяцев и давал деньги за лекарство по его просьбе. Третий свидетель показал, что В. «согласился лечить его с тем, что он будет платить ему вперед 15 рублей в месяц». Последний свидетель пояснил, что платил по 10 рублей в месяц и познакомился с В. около глазной клиники. На вопрос судьи: каким образом он познакомился, свидетель ответил, что В. подошел к нему и рекомендовал доктора, который сможет вылечить ему глаза, дал свой адрес, прибавив, что глазные капли доктор выпускает два раза в день больным у себя на квартире, на дом никому лекарств не дает. Мировой судья решил, что «лечение с корыстной целью вполне доказано», учитывая, что В. «зазывал к себе даже на улице, подстерегая больных у глазных лечебниц», не сообщил состав своего лекарства, а также «не имеет ни химической, ни медицинской, ни фармацевтической степени», приговорил подвергнуть его штрафу в 100 рублей.

Далее стоит обратить внимание на Конституции СССР, в частности на Конституции СССР 1936 и Конституцию СССР 1977 года, которые возвели право на охрану здоровья на новый конституционный уровень своего развития.

В Конституции СССР 1936 г. упоминается о том, что каждому гражданину гарантировано право на материальное обеспечение в старости, а

также в случае наступления болезни и потери трудоспособности. Это право обеспечивалось широко развитой системой социального страхования рабочих и служащих за счет государства, оказанием бесплатной медицинской помощи и предоставлением в пользование широкой сети курортов трудящимся.

В Конституции СССР 1977 г. в отличие от Конституции СССР 1936 года право на охрану здоровья и медицинскую помощь уже представляло собой прообраз современного содержания рассматриваемого права.

Так положение Конституции 1977 года закрепляло, что каждый гражданин имеет право на охрану здоровья. Это положение обеспечивалось целым рядом положений, направленных на расширение сети медицинских учреждений, лечение и укрепление здоровья граждан, проведение профилактических мероприятий, осуществление мер по оздоровлению окружающей среды и многое другое.

Таким образом, Конституция СССР от 1977 года подняла право на охрану здоровья на уровень конституционных прав граждан и в известной мере подвела итог всему предшествующему периоду становления и укрепления системы советского здравоохранения, и в то же время создала необходимую политико-правовую базу для его дальнейшего движения вперед.

Сегодня право на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено и регламентируется не только в статье 41 Конституции Российской Федерации от 1993 г., но и в других правовых актах, направленных на непосредственное регулирование сферы здравоохранения. К их числу можно отнести: Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ, Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ и многие другие нормативно-правовые акты и программы, направленные на предоставление гражданам

возможности пользоваться и защищать свое право на охрану здоровья и медицинскую помощь¹.

Таким образом, право на охрану здоровья и медицинскую помощь прошло очень длинный и сложный путь своего развития от закрепления отдельных единичных вопросов в нормативных актах имперской России до гарантирования данного права государством и его закрепления на высшем законодательном уровне – в Конституции Российской Федерации.

¹ Плиев Р.С. История развития законодательства, регулирующего осуществление медицинской деятельности в России // Ленинградский юридический журнал. – 2017. - № 3 (49). – С. 212-219.

1.3 Механизмы обеспечения конституционного права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации

Право на здоровье представляет собой комплексный институт, включающий подготовку медицинских кадров, проведение в интересах граждан организационных, санитарно-эпидемиологических, экономических, социальных, научно-медицинских и профилактических мер. Право на охрану здоровья вытекает из данного комплексного института. Именно право на охрану здоровья представляет собой совокупность обязанностей, которые государственные органы должны выполнять в интересах граждан. Для этого необходимо осуществлять работу по созданию эффективного механизма обеспечения прав и свобод граждан в сфере охраны здоровья. Решение проблемы должно обеспечиваться в соответствии с конституционными и международными стандартами в области прав человека. Кроме того, регламентация охраны здоровья должна базироваться на поддержании системы в сбалансированном состоянии. Для этого необходимо закрепить принципы регулирования отношений между медицинскими работниками и пациентами, между медицинскими организациями, органами управления, их должностными лицами и пациентами (населением).

Конституционное право граждан на охрану здоровья нашло отражение в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где конкретизируются основные аспекты данного права, например, право на медицинскую помощь. И тем не менее при, казалось бы, достаточной ясности есть разные подходы к самому понятию «здоровье». Например, Устав Всемирной организации здравоохранения гласит, что такое понятие, как «здоровье», представляет собой не только отсутствие заболеваний, но и полноценное физическое, духовное и социальное благополучие. Г.Л. Апанасенко рассматривает здоровье как гармоничную благоустроенную систему, которая позволяет человеку чувствовать себя в здравии, оптимизировано выполняя при этом как

биологические, так и социальные функции¹. И.И. Брехман понимает здоровье как гармонию, включающую физическую, социальную и психологическую стороны, доброжелательные взаимоотношения личности в обществе, с окружающей средой и самим собой². М.Г. Чеснокова рассматривает здоровье как психологическое понятие, которое основано на принципе восприятия здоровья человека как высшей психической функции³.

Несмотря на различные точки зрения, которые взаимосвязаны с социальным, физическим и духовным аспектами жизни человека, следует определить здоровье как состояние любого живого организма, которое способствует полноценной работе всех функций его органов. Кроме того, данное понятие можно определить как отсутствие болезней и любого недуга.

Это своего рода показатели идеального состояния здоровья. Однако в действительности состояние здоровья каждого человека постоянно ухудшается и не соответствует критериям идеального здоровья. Причины разные: сам человек не задумывается о состоянии своего здоровья и здоровья своих детей, причиняя вред здоровью употреблением алкоголя и курением; неблагоприятное состояние окружающей среды обитания; есть и другие причины. Причем существенно то, что нельзя провести черту разграничения между состоянием здоровья отдельного человека и общества в целом. Обобщенно по здоровью каждого человека далее можно совокупно спрогнозировать картину состояния здоровья всей нации. В связи с этим государственной проблемой является сохранение и укрепление здоровья всего населения России. Для ее решения следует разрабатывать эффективные механизмы реализации основных ресурсов государства, направленных на обеспечение прав и свобод граждан в сфере охраны здоровья, потому что здоровье относится к основным достоинствам человека.

В Законе № 323-ФЗ отражено понятие здоровья как состояния физического, психического и социального благополучия человека, при

¹Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология. Ростов н/Д: Феникс; Киев: Здоровье, 2000. С.- 248.

²Брехман И.И. Введение в Валеологию - науку о здоровье. Л.: Наука, 1987.-С. 67.

³Чеснокова М.Г. Понятие здоровья в контексте ключевых категорий культурно-деятельностного подхода // Вестник Московского университета. Сер. 14: Психология.- 2015.-№ 2.- С. 23 - 36.

котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма. С таким подходом корреспондирует такое понимание «охраны здоровья», которое можно определить как совокупность мероприятий социального, политического, экономического, правового характера. Кроме того, данное понятие охватывает комплекс мер санитарно-эпидемиологической направленности. В целом все мероприятия направлены не только на лечение, оказание медицинской помощи, и прежде всего бесплатной, но и на профилактику заболеваний, сохранение и укрепление физического и психического здоровья человека, поддержание его долголетней активной жизни. Такие мероприятия проводятся государством через его органы на федеральном уровне, уровне субъектов Российской Федерации, а также через органы местного самоуправления.

Государство и его органы, муниципальная система - все они несут ответственность за обеспечение права на охрану здоровья. Однако зачастую такая ответственность носит лишь словесно-лозунговый характер. Если право на охрану здоровья нарушается, чаще всего принимаются меры к его восстановлению, обеспечению реализации. Однако непосредственной юридической ответственности виновных органов и лиц чаще всего не наступает. Причина обычно состоит в том, что сложно доказуема причинно-следственная связь между неправомерным деянием, повлекшим нарушение права на охрану здоровья, и его последствиями. Более того, нередко действия были профессионально верными, правомерными, но они не дали позитивного результата, поскольку имели место несвоевременность оказания помощи, уровень квалификации персонала и т.п. Конечно, решить эти проблемы посредством усиления юридической ответственности не получается. К тому же следует думать и о защите тех, кто организует и оказывает помощь людям, поскольку приходится считаться с качеством охраны здоровья, уровнем специалистов и т.п.

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. Кроме того, сейчас приоритетным признается принцип профилактики заболеваний.

Таким образом, реализация прав и свобод человека в сфере охраны здоровья обеспечивается гарантированным государственными органами власти эффективным механизмом обеспечения и защиты данного права, включающим в себя комплекс мероприятий, в число которых входят такие элементы данного механизма как:

- 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 природоохрательному благополучию и гигиенической обеспеченности.

2 ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА ГРАЖДАН НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2.1 Проблемы цифровизации реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь

Пандемия COVID-19 повлияла и влияет на все страны мира, затронув все сферы жизни общества, став угрозой национальной безопасности номер один каждого государства на планете. Независимо от уровня экономического развития, политического и иных факторов страны показали свою неготовность противостоять биологической угрозе. В области государственного управления здравоохранением стала очевидной резкая необходимость более глубокого имплементирования современных технологий, позволяющих принимать управленческие решения исходя из актуальных потребностей общества. Можно говорить о том, что именно пандемия стала своего рода триггером для развития цифровых технологий в области здравоохранения. Цифровая трансформация данной области началась не сегодня, однако именно в условиях пандемии современные технологии в области охраны здоровья граждан становятся наиболее востребованными. Среди них особое внимание уделяется телемедицинским технологиям, позволяющим консультировать пациентов в бесконтактном режиме. Более того, ввиду того, что во многих регионах России вынужденно перепрофилировали больницы для приема заболевших COVID-19, ограничены возможности получения консультаций врача, вакцинации и иных услуг, уровень доступности медицинской помощи населению значительно снизился. В этих условиях телемедицинские технологии хотя и не могут стать панацеей, однако способны оказать существенное положительное влияние на доступность медицинских услуг.

Рассматривая возможности применения современных технологий в

здравоохранении, отметим следующий факт. Дополнительные социальные гарантии предусматриваются для медицинских работников - борцов с коронавирусной инфекцией. Однако стоит отметить, что подобные гарантии положены исключительно медицинским работникам. Хотя современное оборудование, в том числе используемое в «красной зоне», нуждается в обслуживании, однако дополнительных гарантий для лиц, осуществляющих подобное обслуживание, не предусмотрено. Развитие и внедрение современных технологий в этом случае позволили бы проводить мониторинг соответствующего оборудования, осуществлять определенные настройки в дистанционном формате, что значительно сократило бы число лиц, вынужденных работать в опасных условиях.

Интересным представляется и предложение, высказанное в рамках Гайдаровского форума 2019 г., - создание паспорта медицинского учреждения, в котором отображалась бы информация относительно профиля медицинского учреждения, наличия/отсутствия койко-мест, готовности бригады врачей, наличия свободной операционной и т.д. Здесь важно подчеркнуть, что база данных, содержащая подобные паспорта медицинских организаций, должна быть открытой, доступной и актуальной, что позволило бы использовать соответствующие сведения всем заинтересованным лицам. Таким образом, имея доступ к подобного рода информации в режиме реального времени, более эффективной могла бы стать работа скорой медицинской помощи.

Особое место среди направлений цифровизации системы здравоохранения занимают технологии искусственного интеллекта. В условиях пандемии и необходимости обработки большого количества снимков, полученных в результате КТ-исследований, искусственный интеллект может применяться для выявления патологий или их отсутствия на таких снимках. Искусственный интеллект способен обработать гораздо больший объем результатов исследований на единицу времени, чем врач. Однако стоит оговориться, что здесь речь идет не о замене врача

искусственным интеллектом, а лишь об инструменте, позволяющем проводить сортировку данных. Врач же в этом случае имеет больше времени и возможности сконцентрироваться на изучении полученных в результате исследования сведений для оценки результата и постановки диагноза. Подобные методы используются сегодня в Москве, однако данный опыт стоит распространить по всей территории страны.

Искусственный интеллект также применяется достаточно широко в рамках государственного регулирования в сфере здравоохранения и общественного здоровья. В частности, благодаря анализу больших объемов данных возможно прогнозирование распространения COVID-19, что позволяет принимать более эффективные, в том числе точечные, меры в целях определения лиц в зоне риска, вероятных контактов с лицами, у которых выявлен COVID-19. Более того, полученный опыт будет способствовать и дальнейшему сбору, и обработке данных в целях раннего предупреждения о будущих потенциальных пандемиях и выявления уязвимых групп населения.

Стоит еще раз подчеркнуть, что цифровизация - это не самоцель. Современные технологии нужны только тогда, когда их использование позволяет добиться более высокого, с точки зрения эффективности, результата. Возможность сбора большого объема данных сама по себе не представляет интереса¹. Поэтому крайне важно для государственного управления системой здравоохранения создать условия для взаимодействия всех субъектов цифровой трансформации отрасли: государственных органов, медицинских организаций, врачей, пациентов, представителей бизнеса и IT-технологий. Возможность обмена и работы с собранными данными позволяет повысить качество самого государственного управления

¹Мамычев А.Ю., Петрова Д.А., Гайворонская Я.В., Мирошниченко О.И., Каримова Ю.И., Алексеенко А.П., Аникеева А.Н., Номокова В.А., Сидоркин Д.А., Мартянова Н.Р., Рабец А.П., Шигвалеева В.Ю., Дорофеева М.А., Кузьмин В.П., Кузьмин П.В., Иванов А.М., Победаш Д.И., Сеницына Е.И., Останин М.Д., Овчинников С.Н. Мир в цифровую эпоху: политика, право и экономика в XXI в.: монография / под ред. А.Ю. Мамычева. - М.: ООО «Издательский Центр РИОР», - 2020. - С.150.

рассматриваемой сферы¹, создать условия для более эффективного руководства медицинскими организациями, повысить качество медицинских услуг, сократить издержки, проводить учет и контроль над оказываемыми услугами и т.д. Здесь нельзя не отметить отсутствие на сегодняшний день должного правового регулирования соответствующих общественных отношений.

Одним из наиболее обсуждаемых сегодня направлений цифровизации здравоохранения является телемедицина. Использование телемедицинских технологий позволяет получать медицинскую помощь в дистанционном формате, что в условиях пандемии является крайне важным. Исследователи отмечают рост объемов российского телемедицинского рынка в 2020 г., ожидая среднегодовой темп прироста в течение ближайших пяти лет около 116%. При этом годом ранее данные прогнозы были более скромными и не превышали 25%.

В этой связи крайне важно своевременно создать должное правовое регулирование рассматриваемых общественных отношений, которое бы способствовало развитию отрасли, улучшению качества оказываемых услуг и повышению уровня доступности медицинской помощи. Действующее правовое регулирование телемедицины не лишено недостатков, что не позволяет в полной мере использовать потенциал телемедицинских технологий.

Прежде всего, хотелось бы заметить: законом предусматривается возможность постановки диагноза исключительно на очном приеме у врача. Однако сами такие технологии возникли и нацелены на предоставление возможности оказания медицинской помощи пациентам, не обладающим возможностью посещать медицинские организации, например в силу их удаленности. Действительно, в определенных случаях постановка диагноза в дистанционном формате не представляется возможной, однако в рамках

¹Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю., Шахабов И.В. Телемедицинские технологии как инструмент повышения доступности медицинской помощи для населения на современном этапе: ключевые проблемы и перспективы развития // Главврач. - 2020. - № 5. - С. 44 - 48.

оказания психиатрической или психологической помощи, например, дистанционная форма взаимодействия пациента и врача вполне оправдана и допустима, при этом не создает дополнительных угроз здоровью пациента.

Актуальность вопроса о необходимости предоставления права врачам оказания медицинской помощи в полном объеме при использовании телемедицинских технологий в рассматриваемом примере связана сегодня еще и с тем, что кардинальное изменение привычных условий жизни неминуемо приводит к разрушению социальных связей, вынужденному сокращению или отказу от межличностного общения, что в свою очередь приводит к усугублению психоэмоционального состояния людей, как следствие - к росту числа обращений за психологической, психиатрической помощью.

Вместе с тем едва ли можно обязать врача ставить первичный диагноз посредством телемедицинских технологий без очного контакта. И здесь важно на законодательном уровне предоставить право врачу отказать в постановке такого диагноза в дистанционном формате, исключая непосредственное взаимодействие с пациентом. В противном случае увеличивается риск ошибочной постановки диагноза и, как следствие, привлечения врача к ответственности. Также отказ врача от постановки диагноза в дистанционном формате при условии, когда данные действия являются его обязанностью, может рассматриваться как отказ от оказания медицинской помощи, что противоречит принципам организации медицинской помощи населению. Учитывая вышесказанное законодательство необходимо предоставить право врачу ставить диагноз пациенту путем использования телемедицинских технологий.

Одной из целей использования телемедицинских технологий также обозначен контроль за состоянием пациента. Врач, получая результаты анализов или данных портативных медицинских приборов, используемых пациентом, вправе осуществить коррекцию назначенного лечения. Современные технологии позволяют передавать информацию о состоянии

пациентов посредством, в том числе мобильных телефонов. Однако сегодня в России не существует должного правового регулирования использования мобильных приложений в медицинских целях. Собираемая информация о состоянии здоровья и образе жизни за редким исключением не имеет цели осуществления контроля за пациентом со стороны врача, а используется для личных целей.

В России сегодня существует тенденция развития возможности выписки электронных рецептов на лекарственные препараты, что представляется крайне важным для развития телемедицины. Однако отметим, что подобная возможность существует не во всех субъектах Российской Федерации. Приказом Минздрава № 66 предусматривается, что к 2023 г. все субъекты России должны перейти на систему электронных рецептов. Более того, в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» на базе единой государственной информационной системы здравоохранения будет создан единый цифровой контур в здравоохранении, который объединит врачей, пациентов и фармацевтов.

Еще одним вопросом является возможность получения лицензии на осуществление медицинских услуг посредством телемедицины. По смыслу Постановления Правительства от 16 апреля 2012 г. № 291 «О лицензировании медицинской деятельности»¹ медицинская организация должна обладать на праве собственности или ином вещном праве зданием, сооружением или помещением для оказания медицинских услуг. В условиях осуществления телемедицинских технологий в дистанционном формате указанное требование не представляется необходимым. Было бы обоснованным предусмотреть возможность осуществления лицензирования телемедицинской деятельности, беря в расчет критерии, требования для получения соответствующей лицензии, в том числе конкретизировать

¹ Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. N 291 (ред. от 28.11.2020) "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")"// Собрание законодательства РФ. – 2012 г. – № 17. – Ст. 1965.

требования к минимальному оснащению «виртуального кабинета врача», учитывая специфику такой деятельности.

При этом стоит отметить, что Министерство здравоохранения Российской Федерации дало разъяснения относительно того, что телемедицина является не отдельным направлением медицинской деятельности, а лишь методом, способом оказания соответствующей помощи. Однако при определении требований к порядку оказания медицинской помощи посредством телемедицинских технологий все же стоит учитывать особенности такой деятельности¹.

Можно отметить и нерешенный вопрос определения и пересчета нагрузки (рабочего времени) для врачей, работающих посредством телемедицинских технологий. Могут ли нормы, предусмотренные для врачей, осуществляющих медицинские услуги в очном режиме, быть использованы для нормирования рабочего времени и врачей, оказывающих телемедицинские услуги?

Еще один вопрос, заслуживающий внимания, - это включение телемедицинских услуг в программы ОМС. На сегодняшний день такие виды медицинских услуг осуществляются в рамках программ добровольного медицинского страхования. Однако, учитывая особенности экономического развития страны, а также территориальные особенности и ряд иных, полагаем, что включение телемедицинских услуг в программы ОМС создаст благоприятные условия для развития отрасли.

Рассмотренные направления цифровизации системы здравоохранения являются не единственными, однако, крайне важными сегодня, в условиях борьбы с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Россия лишь в начале пути по цифровизации здравоохранения. По опросам населения, только 12% медицинских работников смогли оценить систему здравоохранения в России как «информатизированную». Для

¹Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю., Садовская М.А. Нормативно-правовое регулирование развития цифровых технологий в здравоохранении в Российской Федерации // Главный врач Юга России. - 2020. - № 2 (72). - С. 15 - 18.

примера, во Франции эта цифра составляет 30%. И здесь можно говорить о главной проблеме цифровизации здравоохранения в России, как и цифровизации экономики страны в целом, - это отсутствие информатизации общества (в частности, отсутствие Интернета) на значительной части территории страны. Однако спрос населения на цифровые технологии постепенно возрастает, что свидетельствует о положительной динамике. В завершение отмечу, что современные технологии в здравоохранении, будь то в области администрирования, учета или контроля или же непосредственно при оказании медицинских услуг, технологии искусственного интеллекта не призваны заменить врачей, а лишь направлены на создание более благоприятных условий оказания медицинской помощи, способствуют повышению качества и доступности такой помощи.

2.2 Проблемы защиты прав пациентов как основы реализации конституционного права на медицинскую помощь

Вопрос, обозначенный в названии данного параграфа, далеко не новый, многие и достаточно обширные исследования посвящены предоставлению, реализации, обеспечению и защите прав пациентов во взаимодействиях с медицинскими работниками и организациями¹.

Часть 1 ст. 6 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с содержательной стороны вряд ли требует какого-либо еще наполнения в целях принципиальной поддержки прав пациента при оказании медицинской помощи. Вместе с тем пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния. В п. 9 ст. 2 заложена первая юридическая фикция, основанная на логическом софизме, определяющая фактическое состояние и правовой статус пациента.

Во-первых, зачем нужна медицинская помощь человеку, у которого нет заболевания или болезненного состояния? Во-вторых, если лицо обращается, будучи здоровым, в медицинскую организацию, значит, у него все-таки есть какое-то заболевание, видимо, что-то по части психиатрии? В-третьих, логично, что отсутствие заболевания исключает медицинскую помощь, значит, статус лица, обратившегося в медицинскую организацию, существенным образом отличается от статуса пациента, нуждающегося в получении медицинской помощи. Наконец, какова доля лиц, обратившихся в медицинские организации, не имея никаких заболеваний, проводились ли такие исследования? Видимо, нет, таких положений в медицинской отчетности не предусмотрено (в законе есть, а в медицинской документации нет, странно, однако).

¹Пономарев Н.С. Реформа здравоохранения в контексте защиты прав пациентов // Медицинское право. - 2018. - № 6. - С. 30 - 35.

Итак, не надо никого вводить в заблуждение относительно состояния пациента - это человек в болезненном состоянии, который должен оценить, уважительно ли к нему относятся, оказывается ли ему медицинская помощь с учетом его физического состояния, культурных и религиозных традиций, должный ли уход осуществляется за ним, своевременно ли проводится лечение, в каких условиях он получает медицинскую помощь, вообще говоря, что-то в отношении него происходит или нет и т.д.

Теперь несколько условий: если он (пациент) только что получил травму и испытывает нестерпимую боль, что для него будет важнее, оказание медицинской манипуляции или размышления о правах? Далее - если он находится в зависимом медицинском состоянии (освидетельствуемые подсудимый или лицо, в отношении которого ведется производство по делу об административном правонарушении, призывник и т.п., уже не будем говорить заранее о лицах, которые перманентно лишены возможности на самостоятельную реализацию прав пациента, несовершеннолетние¹, лица, ментальное состояние которых не позволяет адекватно здоровому человеку воспринимать реальность), или он подлежит принудительной госпитализации, или он в коме, или на реанимационных процедурах.

Таких «или» можно задать еще сотни и тысячи вариантов, но во всех этих вопросах скрывается один и тот же смысл - человек в болезненном состоянии не может верно, оценить реальность, а, следовательно, рациональным образом реализовать имеющиеся у него права, т.е. возникает так называемая ситуационная недееспособность, медицинский работник не занимается производными состояниями человеческого разума, в том числе правом, но это вовсе не значит, что объектом должно становиться тело, а не человек. Пациент - слабая сторона вовсе не в сервисных правоотношениях, а

¹Хамитова Г.М. Особенности правоспособности несовершеннолетнего пациента // Медицинское право. - 2017. - № 2. - С. 36 - 41.

просто физически и психически слабая сторона¹.

Вместе с тем юридическая фикция заключается в том, что ни один пациент не способен реализовать предоставленные юридические возможности или в целом, или надлежащим образом (не исключено злоупотребление правом, спровоцированное болезненным состоянием), иное утверждение - ложь или, по крайней мере, самообман, в этой связи правами в рамках оказания медицинской помощи обладают медицинские работники, оказывая медицинскую помощь в рамках клинических рекомендаций, что вовсе правом и не является, а выступает безусловной обязанностью и приверженностью профессии, ставить акцент на правовых аспектах взаимоотношений врача и пациента - идеологический обман и бесперспективное описание социальных связей². Перед нами классический случай, когда в отношении гражданина состоялось не правонаделение, а правопредоставление, всецело зависящее от государства и носителей соответствующих обязанностей по отношению к гражданину.

Перенос средств юридической защиты на неспособного их реализовать субъекта - вовсе не признак правового государства, в этой связи общение лечащего врача должно состояться не с фактически беззащитной стороной, а с реальными выразителями прав пациентов; в данном случае нет места рядовым правоотношениям, а создается особый порядок управления, который государство поддерживает лишь косвенным образом и фрагментарно. Общение врачебного сообщества в части реализации прав пациента должно быть не с властью предержащей и не с обществами пострадавших пациентов и защиты прав потребителей³, и не с общественными палатами и наблюдательными советами, которые работают раз от разу, путем оперативных обходов и выборочных бесед - эффективность таких методов сомнительна, а с комитетами милосердия, как

¹Гибадуллина Л.Т. Пациент как слабая сторона в обязательствах по оказанию медицинских услуг // Медицинское право. - 2015. - № 3. - С. 19 - 24.

²Сергеев Ю.Д., Сокол А.Ф., Шурупова Р.В. Врач и пациент: этические и правовые аспекты взаимоотношений // Медицинское право. - 2016. - № 1. - С. 3 - 6.

³Долинская Л.М. Защита прав потребителей на примере защиты прав пациентов // Законы России: опыт, анализ, практика. - 2015. - № 11. - С. 59 - 64.

это в нашей стране исконно называлось, иначе говоря, обеспечением прав пациентов должны быть наделены современные организации волонтеров и благотворителей. Презюмируется, что они всегда на месте, они готовы помочь и помогают, более того, они не имеют противоречивых интересов с медицинским сообществом, споры исключены, а реальная помощь оказывается.

Почему высказано скептическое отношение к средствам государственной защиты, известным механизмам обжалования и оспаривания неправомерных действий и решений? Они рассчитаны на консервативное состояние, когда предмет спора сохраняется неизменным на протяжении относительно длительного периода времени, а состояние здоровья пациента - далеко не стабильный фактор, и болезнь не уходит ни на праздники, ни на выходные, не ложится спать, поэтому обращение в ночное время и на Новый год к административному персоналу медицинской организации попросту заблокировано, кстати сказать, и в обычный день передать просьбу или жалобу можно только через лечащего врача, т.е. через субъекта, чьи действия обжалуются, к которому еще надо попасть на прием, т.е. надо прямо и по правде сказать, что никакой защиты прав пациента в административно-дисциплинарном порядке современным законодательством не предусмотрено, правда, исключения бывают, но очень редкие, как говорится, наудачу. Более того, исключить прямое общение с администрацией и персоналом медицинской организации позволяет больничный режим, который позволяет блокировать любое посещение и коммуникацию вследствие карантинных мероприятий.

Про судебную защиту прав пациента не стоит рассуждать вовсе, она становится актуальной, когда здоровье уже утрачено, а порой и жизнь прошла, в юридическом плане речь уже идет не о пациенте, а об инвалиде или потерпевшем в понимании Уголовного кодекса РФ и Кодекса об административных правонарушениях РФ. Более того, как бы это цинично ни звучало, но в литературе серьезно обсуждается вопрос об освобождении

медицинских организаций от ответственности за нарушение прав пациентов.

Что касается административной защиты. Самая широко распространенная ситуация - насмешка над пациентом, так как муниципальная система здравоохранения развита лишь в крупных административных центрах, а действующие на территориях муниципальных образований государственные и частные медицинские организации местным властям не подчинены, хотя органы местного самоуправления соответствующими полномочиями в части создания условий для оказания медицинской помощи населению наделены.

Далее, когда принимали Закон, что, никто не знал, что рассмотрение административных жалоб занимает от 30 до 60 дней, то же самое правило касается обращений, направленных в органы прокуратуры? Как быть с болезнью, отсутствием ухода и ненадлежащими условиями содержания на этот период времени - они подождут, пока рассматривается жалоба? Абсурд! Надо признать, что с советских времен все механизмы оспаривания (обращений) являлись и являются профанацией, игрой в видимость демократии, а на самом деле - это потаенный рычаг для самодурства и своеволия властей или юридически более сильной стороны.

Теперь что касается «горячих линий» органов управления здравоохранением: если попытка дозвониться оказалась удачной, то обращение на «горячую линию» жалобой не является, только информацией для сведения, тогда возникает вопрос в эффективности существования этого механизма. Если же дозвониться не удалось, то обратная связь будет лишь через несколько часов, а то и суток - в любом случае ответ на обращение предоставлен не будет, придется прибегнуть к обычному рутинному административному обжалованию в письменной форме (электронная также не подойдет, так как больному человеку не пройти процедуру авторизации, тем более что персональные документы у администрации медицинской организации). Обращения на «горячие линии» общественных приемных высшего политического руководства страны и регионов поддерживаются

лишь формальным контролем со стороны этих инстанций за движением обращения, которое было направлено по подведомственности, лишь отдельные из них волею судеб попадают на личный контроль высших должностных лиц государства. Только после прохождения всех данных процедур, сокрытых под врачебной тайной, наконец-то можно будет прибегнуть к процедурам оспаривания согласно Кодексу административного судопроизводства РФ, что затянется на долгие месяцы, а порой и годы.

Нечего сказать, скрупулезно разработанный и «эффективный» механизм защиты прав пациентов, а точнее - отсутствие всякого механизма, все имеющиеся законодательные положения - лишь ширма и вывеска, не имеющая под собой никакого реального наполнения. Остается только обратиться к врачебному сообществу, врач - статус достигаемый, но крайне короткий во времени, а пациент - статус прижизненный, и все так относительно, что сиюминутно доктор может стать пациентом, как тогда на него будут глядеть коллеги и администрация из сферы здравоохранения.

2.3 Перспективы использования генетических технологий при реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь

Во исполнение Указа Президента РФ от 28.11.2018 № 680 «О развитии генетических технологий в Российской Федерации» Правительством РФ в 2019 г. была утверждена программа развития генетических технологий, в которой одной из первоочередных задач названа задача создания ускоренного режима развития генетических технологий в Российской Федерации. При этом важно отметить, что понятие соответствующего ускоренного режима, а также принципы его организации и построения законодатель не определяет. В связи с этим встает вопрос о допустимости использования соответствующей дефиниции применительно к организационно-правовому механизму обеспечения развития генетических технологий в Российской Федерации.

Во-первых, использование термина «ускоренный» применительно к правовому режиму развития генетических технологий противоречит одному из базовых принципов в данной отрасли - принципу предосторожности. По мнению А.А. Мохова, прежде чем внедрять новые методы, способы, технологии в повседневную практику, необходимо предпринять все возможные меры по изучению, исследованию рисков. При этом не все риски могут быть выявлены, а выявленные - получают правильную оценку в ограниченный период первичного наблюдения, исходя из имеющихся достижений науки и техники, в связи, с чем следует руководствоваться методом «малых шагов»¹. Какое-либо необоснованное ускорение в данной сфере чревато наступлением непоправимых последствий для жизни и здоровья всей нации.

Во-вторых, принципиально важным этапом в развитии генетических технологий является этап последующей оценки воздействия соответствующих технологий на жизнь и здоровье граждан. Данный этап

¹Мохов А.А. Принцип предосторожности в биомедицине // Медицинское право. - 2017. - № 1. - С. 5 - 10.

характеризуется определенной отсроченностью получения достоверных данных, что также указывает на поступательное (а не ускоренное) внедрение в практику только тех технологий, которые доказали свою полную безопасность и эффективность.

В-третьих, проведенное исследование позволило установить, что законодательство большинства зарубежных государств не оперирует термином «ускоренное развитие генетических технологий», что доказывает определенную настороженность государств - членов мирового сообщества в вопросах форсированного внедрения технологий, не отвечающих принципам полной безопасности и безвредности.

Таким образом, представляется целесообразным использовать категорию национальный правовой режим генетических исследований как способ регулирования на различных уровнях таких вопросов, как: выявление и использование информации, полученной в результате генетических исследований; разработка национальных стандартов оказания услуг по генетическим исследованиям, требований к медицинским организациям и медицинским работникам, их оказывающим.

Определяя национальный правовой режим генетических исследований как вид регулятивной деятельности государства, крайне важно установить базовые принципы ее организации. Примечательно, что в Федеральной научно-технической программе развития генетических технологий на 2019 - 2027 годы сделан акцент только на принципе финансово-экономического обеспечения и эффективности использования средств федерального бюджета и средств внебюджетных источников, тогда как вне поля зрения законодателя оказался целый блок первоочередных организационных принципов построения национального режима развития генетических технологий в целом, призванных очертить законодательно допустимые границы вмешательства человека в процессы мироздания.

Для проведения исследования и определения соответствующих принципов в зависимости от вида национального режима развития

генетических технологий обратимся к опыту ряда зарубежных стран.

Так, в США в отчете «Редактирование генома человека: наука, этика и управление» Комитета по редактированию генов человека Национальной академии наук США и Национальной медицинской академии США предлагаются семь всеобъемлющих принципов, которые должны «лежать в основе систем надзора, исследования и клинического использования редактирования генома человека»:

- содействие благополучию;
- прозрачность;
- должная осторожность;
- ответственность;
- уважение к людям;
- справедливость;
- транснациональное сотрудничество.

Поправки 1988 г. о совершенствовании работы клинических лабораторий включают федеральные стандарты, применимые ко всем учреждениям или объектам США, которые проводят испытания человеческих образцов для оценки состояния здоровья или диагностики, профилактики или лечения болезней.

В 2013 г. Верховный суд США вынес решение относительно патентоспособности генов, но оставил открытым вопрос о патентоспособности методов их модификации, что может иметь важные последствия для патентоспособности методов редактирования генома. Суд постановил, что сегмент ДНК природного происхождения является продуктом природы и не имеет права на патент только потому, что он был изолирован, но кДНК (комплементарная ДНК) имеет право на получение патента, потому что не встречается в природе.

Законодательство США запрещает государственное финансирование исследований, в которых человеческие эмбрионы «уничтожаются, выбрасываются или сознательно подвергаются риску травмы или смерти,

превышающему допустимый уровень для исследования плода в утробе матери». Ярким примером регулирующего подхода на уровне штатов является Калифорнийский кодекс здоровья и безопасности, который запрещает «перенос ядра из человеческой клетки из любого источника в человеческую или нечеловеческую яйцеклетку».

Важно отметить, что в США существует профессиональная ассоциация в сфере развития генетических технологий - Американский совет по медицинской генетике, основными целями деятельности которого являются:

- продвижение стандартов качества медицинских услуг в области генетических исследований;
- объединение ассоциаций специалистов по генетике;
- информирование общественности о порядке и условиях генетического тестирования и генетических исследований.

Профессиональная ассоциация осуществляет свои полномочия по трем основным направлениям:

1) обеспечивает соблюдение общепринятых стандартов оказания медицинской помощи, предотвращение и разрешение конфликтов по качеству медицинских услуг, предоставляемых в области генетических исследований между врачами и пациентами;

2) разрабатывает и внедряет стандарты профессиональной этики в отношениях с пациентами и медицинскими работниками, распространяет знания о природе и важности генетических исследований;

3) организует аккредитацию, квалификационные экзамены и аттестацию медицинских работников, занимающихся генетическими исследованиями.

Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) имеет определенные полномочия в соответствии с Законом об общественном здравоохранении и Федеральным законом о пищевых продуктах, косметике и лекарствах в сфере регулирования продуктов и лекарств, связанных с редактированием генома,

включая редактирование генома человека, на федеральном уровне. В 2010 г. Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов объявило о планах отказаться от политики «усмотрения правоприменения» и распространить свое регулирование на все генетические тесты. Таким образом, FDA регулирует редактирование генома человека в рамках своей компетенции.

Центры медицинских и медикаментозных услуг регулируют все лабораторные испытания (за исключением исследований), проводимые на людях в США, на базе Поправок об улучшении клинических лабораторий (CLIA). В общей сложности CLIA охватывает около 260 000 лабораторных учреждений. Ответственность за осуществление программы CLIA несет отдел совершенствования и качества клинических лабораторий, входящий в состав Группы по качеству, безопасности и надзору в рамках Центра клинических стандартов и качества.

Отдельно следует отметить, что в ближайшие годы планируется создание Консультативного комитета по генетическому тестированию. Члены комитета должны представлять заинтересованные стороны в области генетического тестирования, включая профессиональные сообщества (общая медицина, генетика, патология, генетическое консультирование), биотехнологическую отрасль, потребителей и страховщиков, а также другие заинтересованные стороны.

В Германии генная инженерия в целом регулируется Законом о генной инженерии, который направлен на защиту жизни и здоровья людей, окружающей среды, растений и животных от вредных воздействий, возникающих в результате генетических манипуляций. Он направлен также на создание правовых рамок для исследований, разработки, использования и поощрения научных, технических и экономических аспектов генетической технологии.

Данный Закон применяется:

- 1) к генетическим установкам;

- 2) генетическим работам;
- 3) выделениям генетически модифицированных организмов;
- 4) размещению продуктов, содержащих или состоящих из генетически модифицированных организмов.

Согласно § 2 данного Закона его положения не распространяются на применение генетически модифицированных организмов на людях.

В сентябрьском заявлении 2015 г. немецкой Академии о «возможностях и ограничениях редактирования генома» были одобрены призывы к международному мораторию на «все формы зародышевой инженерии, которые могут оказать влияние на геном потомства». В документе утверждалось, что такой мораторий предоставит возможность обсудить нерешенные вопросы, разработать рекомендации по регулированию, но в то же время он не должен приводить к ограничению методологических разработок или ограничивать любые перспективные подходы к редактированию генома.

Использование эмбрионов для исследований запрещено в Германии Законом о защите эмбрионов 1991 г., в соответствии с которым получение линий эмбриональных стволовых клеток - уголовное преступление, но разрешается импорт линий стволовых клеток, созданных из избыточных эмбрионов ЭКО до 2008 г., при соблюдении различных условий и этических норм. Наиболее важным положением является статья 5 Закона об искусственном изменении репродуктивных клеток человека, в которой устанавливается, что:

1. Тот, кто искусственно изменяет генетическую информацию клетки зародышевой линии человека, будет наказан лишением свободы на срок до 5 лет или штрафом.

2. Любой, кто использует человеческую гамету с искусственно измененной генетической информацией для оплодотворения, также будет наказан.

3. Покушение также наказуемо.

4. Подраздел (1) не применим:

- к любому искусственному изменению генетической информации гаметы, находящейся вне тела, если она не будет использоваться для оплодотворения;

- любому искусственному изменению генетической информации такой эндогенной репродуктивной клетки, которая была взята у плода, человека или умершего человека, если исключено, что он будет передан эмбриону, плоду или человеку либо из него разовьется гамета.

Закон о стволовых клетках 2002 г. не позволяет производить эмбрионы для исследований. Предимплантационная генетическая диагностика стала официально легальной в 2011 г. после того, как решение федерального суда продемонстрировало, что закон не запрещает врачам проводить генетический скрининг искусственно произведенных эмбрионов перед их передачей женщине.

Немецкое общество генетики человека (GfH), основанное в 1987 г., является основной профессиональной членской организацией для генетиков в Германии. Оно поощряет и объединяет различные научные и клинические специальности в области генетики, тесно сотрудничает с другими немецкими, европейскими и международными научными обществами. Академия генетики человека как постоянный институт GfH предлагает непрерывное медицинское образование для врачей и ученых в области генетики человека. Важным направлением деятельности GfH является создание стандартов надлежащей генетической лабораторной практики, а также практики генетического консультирования и публикации руководств по оценке качества в клинико-генетической практике. GfH учредила специальную образовательную программу, позволяющую ученым (например, биологам, биохимикам) получить сертификат специалиста клинической генетической лаборатории, который позволяет работать как профессионалу в области клинической генетики и ухода за пациентами.

Профессиональная ассоциация немецких генетиков является

профессиональным политическим форумом всех врачей-специалистов по генетике и предлагает работающим в данном направлении возможность личного сотрудничества, обмена с коллегами и активного участия в формировании структур и условий работы.

Комиссия по гендиагностике - это междисциплинарная независимая комиссия из 13 экспертов по специальностям «медицина и биология», 2 экспертов по специальностям «этика и право», а также 3 представителей организаций пациентов и потребителей и организаций самопомощи инвалидам. Она создает руководящие принципы в соответствии с § 23 Закона о гендиагностике с точки зрения общепризнанного состояния науки и техники. Комиссия базируется при Институте Роберта Коха, который входит в подразделение Федерального министерства здравоохранения. Комиссия создает рекомендации по общепринятому состоянию медицинской науки и техники, в частности по оценке генетических свойств, квалификации лиц для генетического консультирования, содержанию просвещения и генетического консультирования, проведению генетических анализов и генетических последовательных исследований.

Статья 119/а Конституции Швейцарской Федерации строго запрещает клонирование и генетические модификации человеческих зародышевых клеток и эмбрионов в любых целях. Создание человеческих эмбрионов для исследований не допускается.

Модификации зародышевой линии человека, то есть сперматозоидов или яйцеклеток (генная терапия зародышевой линии), в Швейцарии запрещены. Клинические испытания генной терапии и разрешения должны быть одобрены Швейцарским управлением по надзору за лекарствами и медицинскими изделиями. Кроме того, для одобрения испытаний генной терапии требуется согласие местного этического комитета.

При производстве продуктов генной терапии необходимо соблюдать руководящие принципы надлежащей производственной практики в соответствии с Европейским руководством по надлежащей

производственной практике.

В 2017 г. Парламент Швейцарии продлил мораторий на генетические технологии (за исключением исследовательских) на 4 года. Таким образом, в Швейцарии существует строго регламентированный государственный режим развития генетических технологий.

В Швеции согласно ст. 2 Закона о генетической целостности его положения распространяются:

- на использование результатов генетических исследований, генетической информации и генной терапии;
- генетическое исследование в общем медицинском скрининге;
- пренатальную и предимплантационную генетическую диагностику;
- меры для целей исследования или лечения с использованием человеческих яйцеклеток;
- осеменение и оплодотворение вне тела.

В соответствии с разд. 1 данного Закона генетическое исследование, составляющее или являющееся частью общего медицинского скрининга, может проводиться только с разрешения Национального совета здравоохранения и социального обеспечения. Такое исследование не может охватывать никого, кроме лица, давшего письменное согласие.

Редактирование генома зародышевой линии прямо запрещено Законом о генетической целостности. Попытки проведения исследований, которые приводят к генетическим изменениям, передаваемым через зародышевую линию у человека, не допускаются. Лечение, направленное на внесение наследуемых генетических изменений в организм человека, не допускается. Все эксперименты на соматических клетках человека должны быть одобрены этическим наблюдательным советом в соответствии с законодательством. Шведское агентство по медицинским продуктам должно будет одобрить любые терапевтические применения на людях. Данное законодательство касается генной терапии, осуществляемой путем редактирования генома.

Консультативный совет по генетическим технологиям - это

государственное учреждение, созданное в 1994 г. Задача совета заключается в том, чтобы посредством консультативной деятельности содействовать этически оправданному и безопасному использованию генной инженерии для здоровья человека и животных, а также окружающей среды. Консультативный совет по генным технологиям также имеет задачу распространения знаний о разработках в области генной инженерии. С 1 сентября 2019 г. шведский исследовательский совет является членом Консультативного совета по генным технологиям.

Его деятельность регулируется:

- Постановлением с инструкциями Консультативному совету по генным технологиям;
- главой 13 раздела 19 Шведского кодекса статутах;
- Постановлением о выбросе в окружающую среду генетически модифицированных организмов.

Законодательство Великобритании допускает использование избыточных эмбрионов ЭКО для исследований и создание эмбрионов в исследовательских целях путем ЭКО или клонирования. В рамках Закона об оплодотворении человека и эмбриологии 2008 г. доклинические биомедицинские исследования могут включать использование соматических или половых клеток, включая человеческие эмбрионы до 14 дней.

Британские ресурсы для проведения генетических исследований включают в себя:

- Британский биобанк - исследовательский ресурс, который хранит и предоставляет доступ к образцам и данным;
- Национальный центр биопроб, который предоставляет высококачественные, высокопроизводительные услуги для биомедицинских исследователей, занимающихся исследованиями, включающими сбор, обработку, хранение и анализ биологических образцов от добровольцев и пациентов.

Геномика Англии преследует 4 основные цели:

- приносить пользу пациентам;
- создать этическую и прозрачную программу, основанную на согласии;
- дать возможность новым научным открытиям и медицинским озарениям;
- дать толчок развитию британской геномной индустрии.

Принципы работы над генетическими исследованиями:

1. Пациенты и общественность будут в центре исследования.
2. Система здравоохранения и исследовательские программы будут работать в партнерстве на благо пациентов. Поощряется доступность и надлежащее использование данных для исследований и инноваций, которые служат общественным интересам, одновременно способствуя защите конфиденциальности и безопасности данных.
3. Пациенты и общественность должны наделяться возможностью доступа к своей собственной геномной и медицинской информации и иметь соответствующий голос при использовании своих данных для исследований.
4. Приоритетное внимание уделяется обучению и развитию работников.
5. Все медицинские и исследовательские программы в области геномики будут включать надежные этические рамки для поддержания наилучшей практики, прозрачности и доверия.
6. Открытость для международной работы по продвижению общего понимания геномики, в том числе в области реагирования на инфекционные заболевания.
7. Приверженность к общему набору протоколов и стандартов, чтобы гарантировать, что данные, информация и образцы могут быть широко доступны и повторно использованы для исследований в сфере здоровья граждан.

Национальная служба геномной информатики и сеть национальных центров геномных лабораторий представляют собой интегрированную

систему для геномного тестирования. Новое исследование Службы геномной медицины установит скоординированный подход к внедрению исследований и открытий для продвижения клинической помощи, гарантируя пациентам максимальную выгоду от исследований и инноваций с прорывами, позволяющими предотвратить плохое здоровье, обеспечить более раннюю диагностику, более эффективное лечение, лучшие результаты и более быстрое выздоровление.

Таким образом, Великобритания создала и развивает культуру сотрудничества и партнерства между правительством, промышленностью и благотворительными организациями в области медицинских исследований. Правительство продемонстрировало приверженность развитию отраслей науки о жизни и геномики Великобритании с помощью Фонда и двух сделок в секторе наук о жизни.

Франция ратифицировала Конвенцию Овьедо в 2011 г. и, таким образом, официально приняла принципы ст. 13 Конвенции, касающиеся предотвращения внесения любых изменений в геном человека, в геном потомков.

Французское законодательство разрешает использование избыточных эмбрионов ЭКО, но запрещает создание человеческих эмбрионов для исследований и создание трансгенных человеческих эмбрионов.

Кодекс общественного здравоохранения разрешает проведение исследований эмбрионов на определенных условиях, но запрещает создание трансгенных эмбрионов.

Гражданский кодекс Франции предусматривает, что без ущерба для исследований, направленных на предупреждение и лечение генетических заболеваний, никакие изменения генетических характеристик не могут быть внесены в целях модификации потомков данного лица.

Генетическая экспертиза может проводиться только в медицинских, судебных или научных целях и только в разрешенных лабораториях. Эта практика, в частности, регулируется статьей 16-10 и последующими статьями

Гражданского кодекса.

Более того, Национальная академия медицины рекомендовала сохранить действующее законодательство, запрещающее любые манипуляции с геномом, приводящие к изменениям генома потомства, и развитие исследований с использованием технологий целенаправленного редактирования генома, включая работу с зародышевыми клетками и эмбрионами человека, до тех пор, пока отредактированные эмбрионы не будут перенесены в матку в соответствии с текущим состоянием знаний и законодательства.

Таким образом, французское законодательство в настоящее время считается в целом поддерживающим фундаментальные исследования в этой области и проводит различие между любыми мероприятиями, направленными на изменение генетических характеристик потомства, и исследованиями, которые непосредственно не приводят к рождению ребенка, генетические характеристики которого были бы изменены.

В Китае согласно ст. 8 Этических рекомендаций для исследования эмбриональных стволовых клеток человека для проведения исследования эмбриональных стволовых клеток человека необходимо серьезно соблюдать принципы информированного согласия и осознанного выбора, подписывать форму информированного согласия и защищать конфиденциальность субъектов. Исследователь должен использовать точный, ясный и понятный язык, чтобы правдиво информировать субъектов об ожидаемой цели эксперимента и о возможных последствиях, а также рисках до эксперимента, должен получить их согласие. В соответствии со ст. 9 исследовательское подразделение, занимающееся эмбриональными стволовыми клетками человека, создает комитет по этике, состоящий из исследователей и управленческого персонала в соответствующих областях, таких как биология, медицина, право или социология. В его обязанности входит проведение этических и научных исследований эмбриональных стволовых клеток человека.

В рамках существующей нормативно-правовой базы редактирование генома соматических клеток человека может считаться терапевтической технологией третьей категории, а не лекарством.

Положением о генетических ресурсах человека регламентирован весь процесс исследования: от сбора до эксплуатации и совместного использования материала и любых полученных из него данных. Особое внимание уделено защите конфиденциальности и прав субъектов данных, включая право на добровольное участие и отказ от сбора данных. Согласно регламенту поставщики генетического тестирования должны уважать частную жизнь потребителей и не могут собирать и использовать генетические данные потребителей без их информированного согласия. Однако регламент не содержит подробных требований к информированному согласию и защите частной жизни, поскольку основной целью нового регламента является эффективная защита и рациональное использование генетических ресурсов человека в Китае. Согласно Положению о генетических ресурсах человека китайская организация имеет право собирать, сохранять и использовать человеческие генетические ресурсы Китая для научных исследований или клинических испытаний. Продажа генетических ресурсов человека запрещена.

Для осуществления научно-исследовательской деятельности с использованием человеческих генетических ресурсов иностранные организации и физические лица, а также организации, непосредственно контролируемые ими («иностранная организация»), сотрудничают с китайской организацией и запрашивают одобрение технических административных управлений Государственного совета. Любой патент, полученный в результате совместного исследования, находится в совместном владении обеих сторон, право собственности на другие технические результаты может быть согласовано. Иностранная организация имеет право на использование данных, полученных в результате совместного исследования. Для клинических испытаний, в которых используются

человеческие генетические ресурсы и которые не предполагают его экспорта, достаточно упрощенной регистрации. Экспорт материалов с использованием человеческих генетических ресурсов подлежит утверждению Государственным советом.

Согласно китайскому патентному законодательству любая патентная заявка с использованием генетических ресурсов, составленная с нарушением законов КНР, не подлежит рассмотрению, а в случае, если такая заявка была одобрена, она признается недействительной в Китае. Таким образом, в Китае имеется широкая правовая база для развития генетических исследований и международного сотрудничества.

Подводя итоги, целесообразно отметить, что на сегодняшний день в общемировом масштабе дифференцируются следующие модели правового регулирования генетических технологий в сфере медицины (виды национальных режимов развития генетических технологий): разрешительная, ограничительная и смешанная.

Разрешительная/разрешительная модель характеризуется открытостью к нововведениям, стремлением к изучению новых направлений деятельности и высоким уровнем исследовательских инициатив, поддерживаемых государством. Данной модели присущи такие положительные черты, как: широкий выбор направлений для развития, использование, изучение и разработка передовых технологий, лидирующие позиции по данному направлению развития на международной арене. При этом освоение новых направлений в сфере генетических технологий влечет за собой появление отрицательных черт (рисков), а именно: в результате, выхода за рамки общепризнанных границ развития страны сталкиваются с проблемой выбора партнера в международном сообществе для некоторых направлений сотрудничества, поскольку во многих странах установлен мораторий на соответствующую деятельность. Кроме того, поскольку исследования напрямую связаны с правами и свободами человека, развитие генетических технологий сталкивается с этическими требованиями и зачастую вызывает

общественный резонанс, предполагает усиление защиты информации, получаемой в рамках таких исследований, с целью недопущения ее злоупотреблением. Данная модель характерна для таких стран, как Китай, Великобритания.

Ограничительная модель правового регулирования генетических технологий не допускает вмешательств в модификацию зародышевой линии без согласия специально уполномоченных государственных органов. Данная модель характерна для таких стран, как Швеция и Швейцария. Регулирование развития генетических технологий в данных странах закреплено на законодательном уровне. В случае успешной проверки генетических исследований необходимо получить официальное разрешение уполномоченных субъектов. Такой подход к развитию генетических технологий имеет ряд достоинств, а именно: подотчетность специализированному органу, что гарантирует высокую эффективность разработанных методик генной терапии. Однако в этих странах распространена практика введения моратория на определенную сферу развития генетических технологий. Данный запрет включает в себя такие недостатки, как отсутствие инициатив со стороны частного сектора ввиду сложности процедуры отбора на дальнейшее утверждение результатов генетических исследований. Такой строгий подход к установлению режима развития генетических технологий в названных странах обусловлен целью обеспечения уважения человеческого достоинства и свободы.

Смешанная модель представляет собой объединение черт первой и второй модели. Такой подход к развитию генетических технологий характерен для США, Франции и Германии. Данная модель имеет такой недостаток, как жестко определенный перечень направлений развития, однако предполагает более мягкие законодательные рамки и способствует установлению международных контактов. Основным достоинством этой модели является обязательное информирование общественности о порядке и об условиях генетических исследований и тестирований. Это способствует

переходу к режиму общественного контроля, привлечению экспертов и организаций в данную отрасль.

Таким образом, можно сказать, что во всем мире перспективы применения генной инженерии сегодня кажутся почти неограниченными. Развитие генетических технологий и их практическое применение является приоритетными направлениями в ведущих странах мира, в том числе и в нашей стране.

В краткосрочной перспективе развития генетических технологий перед Россией стоят следующие основные задачи: создание методов генетического редактирования для повышения устойчивости клеток иммунной системы к ВИЧ-инфекции и вирусным гепатитам; создание не менее 3 лекарственных препаратов для терапии заболеваний с описанной генетической этиологией; создание *invitro* и *invivo* модели заболеваний человека; создание универсальных технологических платформ для получения человеческих рекомбинантных моноклональных антител, основанных на бактериальных продуцентах, и не менее 5 соответствующих препаратов против опасных инфекционных болезней и токсических состояний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Сегодня право на охрану здоровья и медицинскую помощь закрепляется в Конституции РФ и более детально регламентируется в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», в Федеральном законе "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ и многих других актах, направленных на развитие и укрепление здоровья и благополучия человека.

Согласно данным нормативно-правовым актам под охраной здоровья граждан понимается система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического) характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Медицинскую помощь как часть права на охрану здоровья понимается как комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

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.

В настоящий момент правовые гарантии обеспечения охраны здоровья граждан связаны с совершенствованием законодательства, 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. Данное изменение 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.

Реализация прав и свобод человека в сфере охраны здоровья, в свою очередь становится, 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 природоохранительному благополучию и гигиенической обеспеченности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Нормативно-правовые акты

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) (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, от 14.03.2020 N 1-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ.- 2020.- № 11.- ст. 141.
2. "Гражданский кодекс Российской Федерации» от 30.11.1994 N 51-ФЗ (ред. от ред. от 30.04.2021).//Собрание законодательства РФ.- 1994 г. – №32 .-ст. 3301.
3. Федеральный закон от 21.12.1994 N 68-ФЗ (ред. от 08.12.2020) "О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера" // Собрание законодательства РФ.- 1994.- N 35.- Ст. 3648.
4. 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.
5. Закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 22.12.2020) "О защите прав потребителей"// «Российская газета» от 7 апреля 1992 г.
6. Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. N 291 (ред. от 28.11.2020) "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")"// Собрание законодательства РФ. – 2012 г. – № 17. – Ст. 1965.

Научная и учебная литература

7. Авакьян, С.А. Конституция России: природа, эволюция, современность / С.А. Авакьян. 2-е изд. - М.: РЮИД, 2000. - 528 с.

8. Алебастрова, И.А. Конституционное право зарубежных стран: Учебное пособие / И.А. Алебастрова. - М.: Юрайт-М, 2001. - 638 с.
9. Апанасенко Г.Л., Попова Л.А. Медицинская валеология / Г. Л. Апанасенко, Л.А. Попов. - Ростов н/Д: Феникс; Киев: Здоровье, 2000. – 243.
10. Брехман И.И. Введение в валеологию – наука о здоровье / И.И. Брехман. - Л.: Наука, 1987. – С. 206.
11. 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.
12. Мамычев А.Ю., Петрова Д.А., Гайворонская Я.В., Мирошническо О.И., Каримова Ю.И., Алексеенко А.П., Аникеева А.Н., Номокова В.А., Сидоркин Д.А., Мартыанова Н.Р., Рабец А.П., Шигвалеева В.Ю., Дорофеева М.А., Кузьмин В.П., Кузьмин П.В., Иванов А.М., ПобедашД.И., Синицына Е.И., Останин М.Д., Овчинников С.Н., Мир в цифровую эпоху: политика, право и экономика вХХІ в.: монография / под ред. А.Ю. Мамычева. - М.: ООО «Издательский центр РИОР», 2020. – С. 150.

Публикации в научных журналах, сборниках и СМИ

13. 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.
14. 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.
15. Банникова И.Г. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь: содержание и историческая ретроспектива / И.Г. Банникова // Вестник Пензенского государственного университета. – 2014. - №2(6). – С. 51-54.
16. Батиевская, В.Б. Повышение качества государственного

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

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

18. Гецманова И.В. Из истории отечественного законодательства в области врачевания и охраны здоровья населения / И.В. Гецманова // Медицинское право. – 2010. - №11. – С.14-18.

19. Гибадуллина Л.Т. Пациент как слабая сторона в обязательствах по оказанию медицинских услуг / Л.Т. Гибадуллина // Медицинское право. – 2015. - №3. – С. 19-24.

20. Долинская Л.М. Защита прав потребителей на примере защиты прав пациента / Л.М. Долина // Законы России: опыт, анализ, практика. – 2015. - №11. – С. 59-64.

21. Дробот М.А. Медицинские услуги в системе услуг/ М.А. Дробот // Социальное и пенсионное право. - 2010. - №3. -С. 49-54.

22. Епифанова Е.В. Регламентация медицинских отношений: история права и современные проблемы / Е.В. Епифанов // Очерки новейшей камералистики. – 2014. - №1. – С. 37-40.

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

24. 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.

25. Коробкова О.К. Экономическая трактовка понятия «медицинская услуга» / О.К. Коробкова // Экономические науки: экономическая теория. – 2010. - №9 (70). – С. 65-68.

26. Кузнецова В.А. Генезис развития здравоохранения в России /

В.А. Кузнецова //Экономика и бизнес: теория и практика. – 2020. - № 11-2 (69). – С. 67-70.

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

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

29. Лядова М.В., Тучик И.С., Лядова А.В. историко-правовой анализ вопросов тяжести причинения вреда здоровью в первых законодательных документах / М.В. Лядова, И.С. Тучик, А.В. Лядова // История государства и права. – 2014. - №11. – С. 14-18.

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

31. Мохов А.А. Принцип предосторожности в биомедицине / А.А. Мохов // Медицинское право. – 2017. - №1. – С.5-10.

32. 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.

33. Плиев Р.С. История развития законодательства, регулирующего осуществление медицинской деятельности в России / Р.С. Плиев // Ленинградский юридический журнал. – 2017. - № 3 (49). – С. 212-219.

34. 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.

35. Пономарева Н.С. Реформа здравоохранения в контексте защиты прав пациентов / Н.С. Пономарева // Медицинское право. – 2018. - №6. – С. 30-35.

36. Пономарев Н.С. К вопросу о соотношении понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга», их юридическое значение для защиты прав и законных интересов граждан / Н.С. Пономарев // Медицинское право. – 2019. - №3. – С. 49-54.

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

38. Сергеева Ю.Д., Сокол А.Ф., Шурупов Р.В. Врач и пациент: этические и правовые аспекты взаимоотношений / Ю.Д. Сергеева, А.Ф. Сокол, Р.В. Шурупов // Медицинское право. – 2016. - №1. – С. 3-6.

39. Ситдикова Л.Б. Правовая природа медицинских услуг: гражданско-правовой аспект/ Л.Б. Ситдикова // Российская юстиция. – 2010.- №2. – С. 12 - 16.

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

41. Смышляев А.В., Мельникова Ю.Ю., Садовская М.А. Нормативно- правовое регулирование развития цифровых технологий в здравоохранении в Российской Федерации / А.В. Смышляев, Ю.Ю. Мельникова, М.А. Садовская // Главные врач Юга России. – 2020. – №2(72). – С. 15-18.

42. Улаева Н.Л. Российские медицинские услуги: Специфика и проблемы правового регулирования / Н.Л. Улаева // Общество и право. – 2015. - №2. – С. 50-54.

43. Хамитова Г.М. Особенности правоспособности несовершеннолетнего пациента / Г.М. Хамитова // Медицинское право. – 2017. – №2. – С. 36-41.

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

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

45. 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.

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ЮРИДИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

ОТЗЫВ РУКОВОДИТЕЛЯ

на выпускную квалификационную работу студента гр.17ЮЮЗ

Шуваловой Виктории Александровны

выполненную на тему:

«Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь»

Актуальность темы

Актуальность исследования конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь проявляется в том, что здоровье является очень важным человеческим благом, требующим особого правового обеспечения. Уровень медицины в той или иной стране влияет на эффективность медицинской помощи, но именно право определяет, каким образом будет обеспечиваться конституционное право на здоровье. Сегодня, несмотря на достижения российских ученых в области медицинской науки, конституционное право на здоровье и медицинскую помощь реализуется не столь эффективно. Таким образом, можно сделать вывод о необходимости пересмотра правовых основ реализации конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь, их дальнейшего совершенствования и развития.

Оценка полноты и качества выполнения задания выпускной квалификационной работы

Работа выполнена на основе глубокого изучения автором теоретической литературы и периодических изданий. Теоретические положения, отраженные в работе подкреплены анализом новейшего законодательства.

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, регламентирующее право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Замечания и недостатки выпускной квалификационной работы

Недостатки, выявленные в процессе написания работы, были устранены.

Рекомендации по использованию выпускной квалификационной работы

Содержащиеся в работе обобщения и выводы, практические предложения, могут быть использованы при изучении конституционного права.

Самостоятельность и творческий подход при подготовке выпускной квалификационной работы

Выпускная квалификационная работа представляет собой законченное самостоятельное исследование. Автор проявил творческий подход к научно-практическому анализу актуальной и недостаточно исследованной темы.

Выпускная квалификационная работа бакалавра

Представленная работа отвечает установленным требованиям и может быть допущена к защите.

Дополнительная информация для ГЭК

нет

Руководитель:

к.ю.н. доцент кафедры ГПД



О.В. Стульникова

07 06 2021 года

Ректору Пензенского государственного университета
А. Д. Гулякову
студента гр. № 17ЮЮЗ ЮИ очной формы обучения
Шуваловой Виктории Александровны

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, Шувалова Виктория Александровна, студентка 4 курса очной формы обучения направления подготовки 40.03.01 «Юриспруденция», прошу провести проверку с использованием системы «Антиплагиат» бакалаврской работы на тему *«Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь»*, выполненной мной самостоятельно, на содержание элементов плагиата.

Все прямые заимствования из печатных и электронных источников, а также из защищенных ранее выпускных квалификационных работ, кандидатских и докторских диссертаций имеют соответствующие ссылки.

Я ознакомлена с действующим Стандартом университета «Выпускная квалификационная работа обучающихся по образовательным программам высшего образования — программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры», согласно которому обнаружение плагиата является основанием для не допуска ВКР к защите и отчисления из университета.

 31.05.2021

ВКР представлена на проверку 31.05.2021

Руководитель ВКР


(подпись)

/О.В. Стульникова/

(И.О.Фамилия)

Форма протокола проверки ВКР на оригинальность

Протокол

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

студента 4 курса *В.А. Шувалова* направления подготовки 40.03.01 «Юриспруденция»

профиль Правозащитная деятельность

№	Имя	Время	Ссылка	Сходимость	Статус	Время	Время
1	А.А.А.	10.00	А.А.А.	100%	Сходимость	10.00	10.00
2	Б.Б.Б.	10.00	Б.Б.Б.	100%	Сходимость	10.00	10.00
3	В.В.В.	10.00	В.В.В.	100%	Сходимость	10.00	10.00
4	Г.Г.Г.	10.00	Г.Г.Г.	100%	Сходимость	10.00	10.00
5	Д.Д.Д.	10.00	Д.Д.Д.	100%	Сходимость	10.00	10.00
6	Е.Е.Е.	10.00	Е.Е.Е.	100%	Сходимость	10.00	10.00
7	Ж.Ж.Ж.	10.00	Ж.Ж.Ж.	100%	Сходимость	10.00	10.00
8	З.З.З.	10.00	З.З.З.	100%	Сходимость	10.00	10.00
9	И.И.И.	10.00	И.И.И.	100%	Сходимость	10.00	10.00
10	К.К.К.	10.00	К.К.К.	100%	Сходимость	10.00	10.00
11	Л.Л.Л.	10.00	Л.Л.Л.	100%	Сходимость	10.00	10.00
12	М.М.М.	10.00	М.М.М.	100%	Сходимость	10.00	10.00
13	Н.Н.Н.	10.00	Н.Н.Н.	100%	Сходимость	10.00	10.00
14	О.О.О.	10.00	О.О.О.	100%	Сходимость	10.00	10.00
15	П.П.П.	10.00	П.П.П.	100%	Сходимость	10.00	10.00
16	Р.Р.Р.	10.00	Р.Р.Р.	100%	Сходимость	10.00	10.00
17	С.С.С.	10.00	С.С.С.	100%	Сходимость	10.00	10.00
18	Т.Т.Т.	10.00	Т.Т.Т.	100%	Сходимость	10.00	10.00
19	У.У.У.	10.00	У.У.У.	100%	Сходимость	10.00	10.00
20	Ф.Ф.Ф.	10.00	Ф.Ф.Ф.	100%	Сходимость	10.00	10.00
21	Х.Х.Х.	10.00	Х.Х.Х.	100%	Сходимость	10.00	10.00
22	Ц.Ц.Ц.	10.00	Ц.Ц.Ц.	100%	Сходимость	10.00	10.00
23	Ч.Ч.Ч.	10.00	Ч.Ч.Ч.	100%	Сходимость	10.00	10.00
24	Ш.Ш.Ш.	10.00	Ш.Ш.Ш.	100%	Сходимость	10.00	10.00
25	Щ.Щ.Щ.	10.00	Щ.Щ.Щ.	100%	Сходимость	10.00	10.00
26	Ъ.Ъ.Ъ.	10.00	Ъ.Ъ.Ъ.	100%	Сходимость	10.00	10.00
27	Ы.Ы.Ы.	10.00	Ы.Ы.Ы.	100%	Сходимость	10.00	10.00
28	Э.Э.Э.	10.00	Э.Э.Э.	100%	Сходимость	10.00	10.00
29	Ю.Ю.Ю.	10.00	Ю.Ю.Ю.	100%	Сходимость	10.00	10.00
30	Я.Я.Я.	10.00	Я.Я.Я.	100%	Сходимость	10.00	10.00

31.05.2021

Руководитель ВКР О.В. Стульникова.