Содержание

Введение

Глава 1. Конституционные основы охраны здоровья граждан РФ

1.1 Конституционные права граждан на охрану здоровья в РФ

1.2 Развитие конституционных основ охраны здоровья граждан РФ

Глава 2. Содержание конституционного права граждан на охрану здоровья

2.1 Права граждан на медико-социальную помощь

2.2 Право граждан на экологическое, санитарно-эпидемиологическое благополучие и радиационную безопасность

2.3 Право граждан на лекарственное обеспечение

2.4 Право граждан на информацию о состоянии своего здоровья

2.5 Право матери и детей на охрану здоровья

2.6 Обязанности граждан в сфере охраны здоровья

Глава 3. Проблемы реализации и пути развития законодательного регулирования права граждан на охрану здоровья

3.1 Проблемы реализации права на охрану здоровья граждан РФ

3.2 Перспективы дальнейшего формирования законодательства в сфере охраны здоровья граждан РФ

Глава 4. Гарантии права на охрану здоровья

4.1 Сущность и система гарантий права на охрану здоровья

4.2 Защита права на охрану здоровья

Заключение

Библиографический список

Введение

Актуальность темы. В контексте современной цивилизации право человека на охрану здоровья перестает быть сугубо индивидуальным достоянием, оно становится важнейшей ценностью для государства и гражданского общества. Особенности права на охрану здоровья заключаются в том, что оно относится к неотчуждаемым правам, принадлежит человеку еще до его рождения, является неотъемлемым условием жизни общества и связано не только с необходимостью заботы о своем здоровье каждого гражданина, но и ответственностью государства за сохранение и укрепление здоровья своих граждан. Жизнь человека и его здоровье - высшие ценности для общества, с учетом которых должны определяться все остальные ценности и блага.

Это обстоятельство требует соответствующего отражения в законодательстве. Для устранения противоречивости, хаотичности, непродуманности и пробельности нормативных правовых актов, характерных не только для законодательства об охране здоровья граждан, но и для иных отраслей права, необходим масштабный пересмотр принципиальных основ, на которых строится все социальное законодательство, приведение его в строго сбалансированную систему, где цели и векторы развития не противоречат, не взаимо исключают друг друга, а работают на общую цель, определенную в ст.7 Конституции РФ.

С формированием на постоянной основе российского парламента в 90-х годах XX в. начался небывалый всплеск законодательной деятельности и стремительной эволюции законодательства, в том числе и в сфере здравоохранения. Переход страны к рыночным отношениям остро поставил вопрос о необходимости коренного совершенствования медицинского законодательства.

В настоящее время вопросы охраны здоровья населения, обеспечения нормального функционирования системы здравоохранения являются одной из главных социальных задач, решаемых государством. Совокупность правовых документов в области охраны здоровья человека является базой для социально-экономических и медико-санитарных мероприятий, обеспечивающих достойную жизнь людей в обществе.

Предметом исследования является Конституционное право граждан на охрану здоровья и вопросы его реализации.

Объектом исследования является законодательная база на охрану здоровья.

Целью дипломной работы является реализация и защита прав на охрану здоровья граждан РФ и пути развития законодательства в этом направлении.

Задачи исследования. Для реализации поставленной в исследовании цели потребовалось решить следующие задачи, определившие логику и структуру исследования:

- рассмотреть конституционные основы охраны здоровья граждан РФ;

- проанализировать и раскрыть содержание конституционного права граждан на охрану здоровья;

- исследовать проблемы реализации и пути развития законодательного регулирования права граждан на охрану здоровья;

- исследовать гарантии права на охрану здоровья.

охрана здоровье страхование конституционный

Глава 1. Конституционные основы охраны здоровья граждан РФ

1.1 Конституционные права граждан на охрану здоровья в РФ

В ст. 41 Конституции РФ указывается, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов и других поступлений[[1]](#footnote-1).

Также устанавливается право граждан РФ на охрану здоровья, которое обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи.

Государство обеспечивает охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств, и гарантирует защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у гражданина какого-либо заболевания.

Законодательством предусмотрено также, что гражданам Российской Федерации, находящимся за ее пределами, гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации. В качестве примеров можно привести договоры о дружбе и сотрудничестве между РФ и КНР, Молдовой, Туркменистаном, в которых содержатся нормы о взаимовыгодном сотрудничестве в области здравоохранения.

В соответствии с Европейским соглашением о предоставлении медицинского обслуживания лицам, временно пребывающим на территории другой страны (Женева, 17 октября 1980 г.), лицам, к которым применяется Соглашение и состояние здоровья которых в соответствии с медицинским заключением требует немедленного медицинского обслуживания во время пребывания на территории другой страны, оказывается медицинское обслуживание, вызываемое их состоянием здоровья, как если бы они имели на это право согласно законодательству этого государства. Такое медицинское обслуживание предоставляется учреждением по месту пребывания в соответствии с положениями законодательства, как если бы заинтересованные лица относились к указанному учреждению, до выздоровления этих лиц или до тех пор, когда состояние их здоровья позволит им возвратиться или быть репатриированными на территорию другого государства, где они постоянно проживают. Если состояние здоровья лица не позволяет ему возвратиться своими собственными средствами на территорию государства, где оно проживает, но предоставляет тем не менее возможность его транспортировки, учреждение по месту пребывания принимает меры, необходимые для обеспечения его репатриации на территорию этого государства совместно с компетентным учреждением.

Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств – участников Содружества Независимых Государств (Москва, 27 марта 1997 г.) устанавливает, что скорая и неотложная медицинская помощь при внезапных острых состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни больного или здоровью окружающих, несчастных случаях, отравлениях, травмах, родах и неотложных состояниях в период беременности оказывается гражданам беспрепятственно, бесплатно и в полном объеме на территории государства временного пребывания лечебно-профилактическими учреждениями независимо от организационно-правовых форм, ведомственной принадлежности и форм их собственности. С момента, когда устранена угроза жизни больного или здоровью окружающих и возможна его транспортировка, дальнейшее оказание медицинской помощи осуществляется на платной основе[[2]](#footnote-2).

Медицинское страхование граждан РФ, находящихся за рубежом, осуществляется на основе двусторонних соглашений Российской Федерации со странами пребывания граждан.

Согласно Федеральному закону от 15.08.1996 № 114-ФЗ «О порядке выезда из РФ и въезда в РФ» оплата медицинской помощи гражданину Российской Федерации, за исключением гражданина Российской Федерации, направляемого в служебную командировку, при выезде из Российской Федерации осуществляется согласно условиям, предусмотренным полисом медицинского страхования или заменяющим его документом, действительными для получения медицинской помощи за пределами территории Российской Федерации, либо при наличии гарантии физического или юридического лица, приглашающего гражданина Российской Федерации, возместить расходы на оказание медицинской помощи (лечение в медицинском учреждении) гражданину Российской Федерации. При отсутствии указанных документов расходы на оказание медицинской помощи за пределами территории Российской Федерации несет сам гражданин[[3]](#footnote-3).

Помощь по страховым случаям гражданам Российской Федерации, пребывающим на территории иностранного государства, оказывается дипломатическим представительством или консульским учреждением Российской Федерации в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, если иное не предусмотрено международным договором Российской Федерации с соответствующим иностранным государством.

Постановление Правительства РФ от 1 октября 1998 г. № 1142 «О реализации отдельных норм ФЗ «О порядке выезда из РФ и въезда в РФ»», утвердило Положение об оказании помощи по страховым случаям гражданам РФ, находящимся на территории иностранного государства. Данное Положение регулирует порядок оказания помощи по страховым случаям гражданам Российской Федерации, находящимся на территории иностранного государства, если иное не предусмотрено международным договором Российской Федерации. Страховые случаи определяются содержанием страхового договора, заключенного гражданином Российской Федерации со страховой организацией[[4]](#footnote-4).

При наступлении страхового случая по просьбе пострадавшего гражданина Российской Федерации дипломатическое представительство или консульское учреждение Российской Федерации информирует о случившемся его родственников и соответствующую страховую организацию через Министерство иностранных дел РФ.

При оформлении документов, необходимых страховой организации, должностное лицо дипломатического представительства или консульского учреждения Российской Федерации по просьбе пострадавшего гражданина Российской Федерации или его родственников вступает в качестве их представителя в сношения с уполномоченными страховых организаций в стране пребывания и другими лицами, связанными с наступлением или ликвидацией последствий страхового случая.

По письменному обращению страховой организации дипломатическое представительство или консульское учреждение Российской Федерации истребует в стране пребывания в соответствии с ее законодательством необходимые медицинские и иные документы, служащие защите интересов гражданина Российской Федерации, пострадавшего на территории иностранного государства.

Постановлением Правительства РФ от 10 апреля 2007 г. № 220 «О порядке оплаты в 2007 году расходов в иностранной валюте, связанных с лечением граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации» утверждены Правила оплаты в 2007 г. расходов в иностранной валюте, связанных с лечением граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации. В соответствии с ними граждане РФ направляются на лечение Федеральным агентством по высокотехнологичной медицинской помощи в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения и социального развития РФ, в случае невозможности осуществления диагностики или лечения в Российской Федерации[[5]](#footnote-5).

Финансовое обеспечение мероприятий, связанных с лечением граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации, осуществляется в пределах ассигнований, предусмотренных на эти цели в федеральном бюджете на 2007 год.

Указанные ассигнования в иностранной валюте предназначаются для покрытия расходов иностранных медицинских организаций, связанных с лечением граждан Российской Федерации, а также расходов, связанных с выплатой гражданам Российской Федерации, направляемым на лечение за пределами территории Российской Федерации, и сопровождающим их лицам (при условии, что сопровождение обусловлено медицинскими показаниями) суточных, расходов по найму ими жилых помещений и по оплате проезда к месту лечения и обратно.

Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи определяет иностранные медицинские организации для лечения граждан Российской Федерации с учетом медицинских показаний и показателей эффективности необходимого вида лечения, а также перечисляет этим организациям средства в иностранной валюте.

Сроки и условия оплаты определяются в соответствии с договором о проведении лечения, заключаемым Федеральным агентством по высокотехнологичной медицинской помощи и соответствующей иностранной медицинской организацией, и с учетом согласованной сторонами сметы расходов.

Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи после принятия в установленном порядке решения о направлении гражданина Российской Федерации на лечение за пределами территории Российской Федерации выделяет указанному гражданину и сопровождающему его лицу (при условии, что сопровождение обусловлено медицинскими показаниями) средства в иностранной валюте, включающие:

а) суточные в размере, установленном для работников организаций, финансируемых за счет средств федерального бюджета, при служебных командировках на территории иностранных государств;

б) средства для оплаты расходов по найму жилых помещений в размере, установленном нормативными правовыми актами Российской Федерации о возмещении расходов, связанных со служебными командировками на территории иностранных государств работников организаций, финансируемых за счет средств федерального бюджета;

в) средства для оплаты расходов на проезд к месту лечения и обратно, но не более стоимости проезда:

– воздушным транспортом – в салоне экономического класса;

– железнодорожным транспортом – в купейном вагоне скорого поезда;

– водным транспортом – в каюте V группы морского судна регулярных транспортных линий и линий с комплексным обслуживанием пассажиров, в каюте II категории речного судна всех линий сообщения, в каюте I категории судна паромной переправы;

– автомобильным транспортом – в автотранспортном средстве общего пользования (кроме такси).

Перечисление гражданину РФ, направляемому на лечение за пределами территории Российской Федерации, и сопровождающему его лицу средств в иностранной валюте осуществляется Федеральным агентством по высокотехнологичной медицинской помощи на счета указанных граждан, открытые ими в кредитных организациях, по курсу Центрального банка Российской Федерации, установленному на дату перечисления.

Граждане РФ, направленные на лечение за пределами территории Российской Федерации, а также сопровождающие их лица в течение 14 дней по возвращении в Российскую Федерацию представляют в Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи отчет об израсходованных суммах. К отчету прилагаются документы, подтверждающие произведенные расходы по найму жилых помещений на территории иностранного государства и оплате проезда к месту лечения и обратно. Остаток неиспользованных средств в иностранной валюте подлежит возврату в Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи.

Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи ежеквартально, до 20-го числа месяца, следующего за отчетным периодом, представляет в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации информацию о расходовании средств федерального бюджета на лечение граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации (с указанием сведений по каждому гражданину Российской Федерации отдельно)[[6]](#footnote-6).

1.2 Развитие конституционных основ охраны здоровья граждан РФ

В соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-I (далее – Основы), охрана здоровья – совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Государственные преобразования, приведшие к кардинальным переменам в жизни общества, очевидно, не могли не затронуть такую важную ее сферу как охрана здоровья населения.

За прошедшие несколько лет здравоохранение совершило переход от существовавшей в течение десятилетий государственной системы к более передовой, гибкой, отвечающей требованием сегодняшнего дня системе социального страхования.

Следует учитывать, что реформирование отечественного здравоохранения во многом было вызвано необходимостью проведения эффективных мер по борьбе со снижением продолжительности жизни, с выраженным ухудшением здоровья населения, экологической обстановки.

Система социального (обязательного медицинского) страхования призвана обеспечить включение пациента в систему отношений здравоохранения, активное его участие в сохранении и укреплении здоровья и защиты его прав при получении медицинской помощи.

Важными элементами проводимых преобразований является создание оптимального соотношения больничной и внебольничной, специализированных и общих видов медицинской помощи; децентрализация системы оказания медицинской помощи, создание моделей здравоохранения, отвечающих потребностям и уровню развития конкретных территорий.

Ниже будут подробно рассмотрены различные аспекты современной системы охраны здоровья в нашей стране, однако, перед этим целесообразно ознакомиться с общемировым опытом в сфере охраны здоровья, с преимуществами и недостатками различных концепций здравоохранения, имеющихся в мировой практике, с причинами, которые потребовали коренных перемен в российском здравоохранении.

При выборе форм и методов, проводимых в здравоохранении преобразований учитывается потребность населения в медицинской помощи, а также экономические возможности общества по удовлетворению этих потребностей. Долгое время считалось, что уровень медицинской помощи в стране тем выше, чем значительнее затраты на развитие здравоохранения. Данное положение в значительной степени утратило свое значение с начала 1960-х гг., когда наметились негативные тенденции в динамике здоровья практически во всех странах. Стало очевидно, что экстенсивный способ развития здравоохранения себя исчерпал, и требуются новые подходы и концепции развития медицинской помощи. Среди таких новых концепций – два направления развития, на базе которых строилась современная система охраны здоровья в большинстве развитых стран[[7]](#footnote-7).

Первая концепция (концепция факторов риска) предполагает, что здоровье людей зависит не только от здравоохранения, но и от образа и условий жизни с их общественными и индивидуально-поведенческими особенностями, а также состояния окружающей среды. В дальнейшем это направление выросло в стратегию укрепления здоровья и профилактики болезней, которая во многих странах реализуется в виде рекомендованной ВОЗ программы «Здоровье для всех».

Вторая концепция была связана с необходимостью повышения эффективности служб здравоохранения, т. е. переходу от экстенсивного развития здравоохранения к интенсивному. Это означало, что во многих странах мира стали соизмерять результаты с затратами, стремясь найти такую оптимальную модель развития здравоохранения, согласно которой при относительно небольших затратах ресурсов можно было получить хорошие результаты в виде улучшения показателей здоровья населения.

Переход от экстенсивных к интенсивным путям развития здравоохранения предусматривает создание действенной системы контроля качества медицинской помощи и достижения эффективности расходования всех видов ресурсов.

Указанный процесс затянулся на многие годы, а реформы продолжаются до настоящего времени. Каждая страна выбирает свой собственный путь с учетом законодательных и социально-экономических особенностей.

Как показывает общемировая практика функционирования здравоохранения, национальные системы охраны здоровья могут быть построены по трем основным организационно-экономическим вариантам: государственная (бюджетная), частное здравоохранение (система, основанная на добровольном (частном) медицинском страховании или непосредственной оплате медицинской помощи), система здравоохранения, основанная на социальном (обязательном) медицинском страховании.

Исторически государственная система здравоохранения являлась преемницей так называемой благотворительной медицины, при которой церковь и государство принимали на себя финансирование медицинской помощи неимущим слоям населения. Основным источником финансирования здравоохранения при такой системе являются государственные налоги, а структурами, аккумулирующими финансовые ресурсы здравоохранения, выступают бюджеты различного уровня.

Финансирование медицинской помощи осуществляется преимущественно по структурному принципу (возмещение расходов учреждения в целом, а не оплата отдельных медицинских услуг). При этом медицинские учреждения, как правило, имеют государственный некоммерческий статус и являются исполнителями социального заказа, напрямую подчиняясь государственным финансовым правилам. Планирование и управление государственной системой происходит централизованно (унитарно). Оплата труда врачей производится тарифным способом, правила найма и оплаты труда диктуются государством. Государственная система здравоохранения предусматривает административный контроль качества оказания медицинской помощи.

Функционирование государственно-бюджетной системы здравоохранения имеет ряд положительных сторон, поскольку такая система обеспечивает высокую степень социальной защищенности граждан путем установления гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи, проведения строгого государственного контроля за условиями оказания медицинской помощи. Другими преимуществами этой системы является ее высокая эффективность при воздействии на заболеваемость особо опасными инфекционными заболеваниями, а также в условиях чрезвычайных ситуаций.

Конституция СССР 1977 г. впервые закрепила и обеспечила рядом гарантий право граждан на охрану здоровья. В эту систему гарантий вошла и гарантия предоставления бесплатной медицинской помощи. Медицинские ресурсы в подавляющем большинстве были исключительной собственностью государства, врачи – государственными служащими. Финансирование здравоохранения осуществлялось из государственного бюджета.

Государственная служба здравоохранения рассматривалась в 50—60-х гг. прошлого столетия как передовая национальная система организации медицинской помощи. Однако, в последующем был выявлен целый ряд существенных системных дефектов данной системы (дефицит финансовых ресурсов здравоохранения, обусловленный нестабильным состоянием бюджетов в периоды экономического спада и неэффективным распределением материальных и специальных ресурсов, ограниченность материальных стимулов в деятельности медицинских работников и учреждений, общий низкий уровень оплаты труда медиков, слабая зависимость оплаты труда медицинских работников и финансирования медицинских учреждений от объемов и качества выполняемой работы и др.)[[8]](#footnote-8).

Государственная система здравоохранения имеет серьезный недостаток: она не обеспечивает возможности выбора врача и медицинского учреждения пациентом.

Государственная система оказания медицинской помощи характеризуется слабым внедрением новых методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, недостаточными условиями для творческого созидания, адаптации общих моделей организации помощи к местным условиям и потребностям, отвлечением значительных финансовых ресурсов на содержание учреждений, слабо оснащенных, не имеющих высококвалифицированных кадров и не оказывающих в надлежащих объемах медицинскую помощь.

Все указанные недостатки имели место при функционировании государственной системы в нашей стране, причем их воздействие становилось все более и более заметным в медицине.

Частная система здравоохранения основывается на добровольном (частном) медицинском страховании и непосредственной оплате медицинской помощи потребителями (платная медицина). Она характеризуется преимущественно негосударственным, коммерческим статусом страховых, медицинских и других организаций, аккумулирующих финансовые средства здравоохранения и обеспечивающих оказание медицинской помощи; большим выбором медицинских учреждений, врачей; свободным (нерегулируемым) ценообразованием на медицинские услуги; высокой долей национального дохода, выделяемого на здравоохранение.

При такой системе основным источником финансирования медицинской помощи являются личные средства граждан и прибыль (доход) юридических лиц. Частное здравоохранение характеризуется широким диапазоном медицинских учреждений с точки зрения уровня качества и стоимости медицинских услуг, обеспечивающих удовлетворение разнообразных индивидуальных потребностей; отсутствием очередей на медицинское обслуживание; особым вниманием к качеству медицинской помощи, защите прав потребителя; высокими доходами врачей и других медицинских работников.

Несмотря на столь очевидные преимущества частной системы здравоохранения, она не функционирует в чистом виде ни в одной стране мира, что обусловлено некоторыми ее отрицательными сторонами.

Среди них высокая стоимость медицинских услуг, а значит и недоступность медицинской помощи для значительных слоев населения.

Частная медицина недостаточное внимание уделяет помощи на дому и профилактике, «страдает» гипердиагностикой (проведение обширных, порой излишних обследований), отдает преимущество в лечении «легким» заболеваниям и т. д. При этом государственное регулирование и контроль за качеством медицинской помощи затруднены, а медицинские технологии, которые применяются, в некоторых случаях могут быть небезопасны для здоровья пациентов.

Возникновение частного здравоохранения исторически было связано с удовлетворением потребности в высококачественных и дорогостоящих медицинских услугах состоятельных слоев населения, в силу чего данная система, очевидно, не может быть организационно-финансовой основой национальной системы охраны здоровья в целом. Как правило, она используется как дополнение к государственному здравоохранению или системе, основанной на социальном страховании.

Система, основанная на социальном страховании, является одной из наиболее совершенных систем охраны здоровья населения, объединяющей в себе положительные черты как государственного, так и частного здравоохранения. Такие системы начали появляться в конце XIX – начале XX вв. в различных странах, а к настоящему времени имеются в большинстве цивилизованных стран, в том числе и в нашей стране[[9]](#footnote-9).

Поскольку такие системы охраны здоровья в той или иной степени управляются государством, их называют регулируемые системы страхования здоровья.

Для современной системы регулируемого страхования здоровья граждан характерно наличие нескольких основных источников финансирования, среди которых средства бюджетов, обязательные платежи по страхованию, осуществляемые как работодателями, так и самими работниками.

Данная система характеризуется наличием децентрализованной системы финансирования, основанной на независимых специализированных организациях (фондах, страховых компаниях), причем контроль качества медицинской помощи и объемов расходов при оказании медицинских услуг проводится со стороны финансирующих организаций.

Система регулируемого страхования характеризуется также многообразием форм собственности и хозяйствования медицинских учреждений и частных лиц, оказывающих услуги застрахованным; регулируемым ценообразованием на медицинские услуги, многообразием форм и способов оплаты медицинской помощи.

К положительным чертам системы регулируемого страхования относят высокую степень охвата населения медицинским страхованием, наличие гарантий бесплатной помощи; свободный выбор фондов медицинского страхования (страховых организаций) населением, работодателем; разделение функций финансирования и оказания медицинских услуг, обеспечение высокого, гарантированного государством, уровня качества оказания медицинской помощи.

Однако система социального медицинского страхования обладает и некоторыми недостатками. К ним можно отнести недостаточно полный охват населения программами обязательного медицинского страхования; высокую стоимость медицинских услуг, неэффективность мер по сдерживанию цен; недостаточное применение долгосрочного стратегического планирования в национальном масштабе; высокие административные расходы, обусловленные, прежде всего, ведением информационно емких учетных операций.

Становление и развитие системы регулируемого страхования требует коренных изменений не только в сфере организационной и экономической, но и в сфере правовой. Обеспечение правовой защиты пациентов при оказании им медицинской помощи становится одной из приоритетных государственных задач.

Совокупность правовых документов в области охраны здоровья человека является базой для социально-экономических и медико-санитарных мероприятий, обеспечивающих достойную жизнь людей в обществе, поскольку каждый из его членов реально или потенциально является пациентом.

В силу особого психофизиологического состояния, практически полной зависимости больного человека от лечащего врача, которому он доверяет самое дорогое – свое здоровье, юридическое обеспечение при оказании медицинской помощи, прежде всего, должно быть направлено на своевременное, четкое и последовательное соблюдение врачом прав пациента.

Право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в Конституции РФ (ст. 41).

Декларация прав и свобод человека и гражданина, принятая Верховным Советом РСФСР в 1991 г., провозгласила, что каждый имеет право на квалифицированную медицинскую помощь в государственной системе здравоохранения. Государство принимает меры, направленные на развитие всех форм оказания медицинских услуг, включая бесплатное и платное медицинское обслуживание, а также медицинское страхование[[10]](#footnote-10).

Значительным событием в области охраны здоровья населения России стало принятие 22 июля 1993 г. «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», которые были разработаны институтом социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н. Е. Семашко при участии ученых, экспертов, депутатов.

При подготовке данного Закона были использованы международные правовые акты («Декларация прав человека», «Европейская стратегия по достижению здоровья для всех» (ВОЗ, 1980 г.), «Европейская хартия по окружающей среде и охране здоровья» (1989 г.)), отечественный опыт, предложения по совершенствованию работы органов здравоохранения, повышению качества медицинского обслуживания и профилактических мероприятий.

В последующие годы в Российской Федерации был принят целый ряд законов, детально регулирующих отдельные направления практической медицинской деятельности. Среди них – Закон РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-I «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»; Закон РФ от 22 декабря 1992 г. № 4180-I «О трансплантации органов и (или) тканей человека»; Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-I «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; Закон РФ от 9 июня 1993 г. № 5142-I «О донорстве крови и ее компонентов»; Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»; Федеральный закон от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах»; Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»; Федеральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»; Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; Федеральный закон от 2 января 2000 г. № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» и др. И, наконец, новый ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 30.07.2010 г.

Следует отметить, однако, что действующее законодательство регулирует в основном административно-организационные и управленческие отношения в области здравоохранения, уделяя меньшее внимание механизмам правовой защиты пациентов, а формирование и утверждение правовых норм в области здравоохранения в ряде случаев опережают изменения, происходящие в общественном сознании людей, в восприятии содержания и значимости законодательного обеспечения вопросов взаимоотношения врача и пациента.

Глава 2. Содержание конституционного права граждан на охрану

здоровья

2.1 Права граждан на медико-социальную помощь

При заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения, причем граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (по системе ОМС), а дополнительные медицинские и иные услуги предоставляются на основе программ добровольного медицинского страхования, за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи определяет виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно:

а) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

б) амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению, включая наблюдение здоровых детей), диагностике (в том числе в диагностических центрах) и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому, а также в дневных стационарах и в стационарах на дому амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений);

в) стационарная помощь:

– при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;

– при патологии беременности, родах и абортах;

– при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе в детских и специализированных санаториях;

– при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в стационарах (отделениях, палатах) дневного пребывания больничных учреждений[[11]](#footnote-11).

При оказании скорой медицинской и стационарной помощи осуществляется бесплатная лекарственная помощь в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы при инфекционных и паразитарных заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза и синдрома приобретенного иммунодефицита), при новообразованиях, болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, болезнях нервной системы, болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм, болезнях глаза и его придаточного аппарата, болезнях уха и сосцевидного отростка, болезнях системы кровообращения, болезнях органов дыхания, болезнях органов пищеварения, болезнях мочеполовой системы, болезнях кожи и подкожной клетчатки, болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани, заболеваниях зубов и полости рта, при беременности, родах и в послеродовом периоде, включая аборты, при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин, врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях у взрослых.

В рамках базовой программы осуществляется также проведение мероприятий по профилактике заболеваний, включая диспансерное наблюдение здоровых детей.

Медицинская помощь в рамках базовой программы предоставляется гражданам на всей территории Российской Федерации в соответствии с договорами обязательного медицинского страхования.

Оказание медицинской помощи за счет средств федерального бюджета осуществляется:

– больным, направленным органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в порядке и в счет квот, утвержденных Минздравом России и РАМН;

– больным, направленным Минздравом России в счет его резерва сверх территориальных квот;

– больным, нуждающимся в экстренной (неотложной) медицинской помощи;

– больным с заболеваниями, соответствующими тематике планов научно-исследовательских работ, утвержденных Минздравом России или РАМН;

– больным, отнесенным к категориям граждан, которым действующей нормативной правовой базой Российской Федерации определены льготы (за счет квот, утвержденных приказом Минздрава России и РАМН).

Постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями» определены порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению (дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи) лечебно-профилактическими учреждениями независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности, в том числе научно-исследовательскими институтами и государственными медицинскими образовательными учреждениями высшего профессионального образования, и они являются обязательными для исполнения всеми медицинскими учреждениями[[12]](#footnote-12).

Платные медицинские услуги населению предоставляются медицинскими учреждениями в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи. Платные медицинские услуги населению осуществляются медицинскими учреждениями в рамках договоров с гражданами или организациями на оказание медицинских услуг работникам и членам их семей.

Государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают платные медицинские услуги населению по специальному разрешению соответствующего органа управления здравоохранением.

Дополнительные медицинские услуги могут осуществляться и в рамках добровольного медицинского страхования, которое может быть как коллективным, так и индивидуальным. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. При добровольном страховании предусмотрена возможность возврата части страховых взносов, если это определено условиями договора. Юридическим лицам, направляющим средства из прибыли на добровольное медицинское страхование работников предприятия, а также членов их семей и лиц, ушедших на пенсию с данного предприятия, предоставляются налоговые льготы в размере до 10% от суммы, направленной из прибыли на эти цели[[13]](#footnote-13).

Граждане имеют право на льготное обеспечение протезами, ортопедическими, коррегирующими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяются Правительством Российской Федерации.

За счет средств бюджетов всех уровней осуществляются льготное лекарственное обеспечение и протезирование (зубное, глазное, ушное), а также финансирование медицинской помощи, оказываемой фельдшерско-акушерскими пунктами, хосписами, больницами сестринского ухода, лепрозориями, трахоматозными диспансерами, центрами по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, центрами медицинской профилактики, врачебно-физкультурными диспансерами, отделениями и центрами профпатологии, детскими и специализированными санаториями, домами ребенка, бюро судебно-медицинской экспертизы и патолого-анатомической экспертизы, центрами экстренной медицинской помощи, станциями, отделениями, кабинетами переливания крови, санитарной авиацией, центрами планирования семьи и репродукции.

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях в соответствии со статьей 53 Основ.

Дети, подростки, учащиеся, инвалиды и пенсионеры, занимающиеся физической культурой, имеют право на бесплатный медицинский контроль.

Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы санитарно-эпидемиологической службой вследствие заразного заболевания лиц, окружавших их. Если карантину подлежат несовершеннолетние или граждане, признанные в установленном законом порядке недееспособными, пособие выдается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Работающие граждане в случае болезни имеют право на три дня неоплачиваемого отпуска в течение года, который предоставляется по личному заявлению гражданина без предъявления медицинского документа, удостоверяющего факт заболевания.

В соответствии с Федеральным законом от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации» социальное обслуживание представляет собой деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации[[14]](#footnote-14).

Одиноким гражданам и гражданам, частично утратившим способность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, инвалидностью, предоставляется помощь на дому в виде социально-бытовых, социально-медицинских услуг и иной помощи.

Социальное обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания осуществляется путем предоставления социальных услуг гражданам, частично или полностью утратившим способность к самообслуживанию и нуждающимся в постоянном постороннем уходе, и обеспечивает создание соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, проведение различных мероприятий, в том числе медицинского характера. Эти услуги могут быть как бесплатными, так и частично оплачиваемыми.

2.2 Право граждан на экологическое, санитарно- эпидемиологическое

благополучие и радиационную безопасность

Признание и регулирование экологических прав граждан - одна из наиболее существенных новаций развивающегося российского законодательства. Поэтому особенно важно то, что эта разновидность прав признана Конституцией России (ст.ст. 36, 37, 41, 42),

К решению вопросов в сфере взаимодействия общества и природы вполне могут быть применимы также некоторые другие конституционные права - свободно искать, получать, передавать, производить и распространять информацию любым законным способом (ст. 29), на объединение для защиты своих интересов (ст. 30), собираться мирно, без оружия, проводить собрания, митинги и демонстрации, шествия и пикетирование (ст. 31), обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы и органы местного самоуправления (ст. 33). Гарантируя государственную защиту прав и свобод человека и гражданина в России, Конституция предусматривает в то же время, что каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом (ст. 45).

Конституция РФ развивает и конкретизирует экологические права граждан, закрепленные в международных документах в области охраны окружающей среды. Конституционное право каждого на благоприятную окружающую среду - одно из фундаментальных и всеобъемлющих субъективных прав человека и гражданина, затрагивающее основы его жизнедеятельности, связанные с поддержанием нормальных экологических, экономических и эстетических условий его жизни. Лишь немногие, преимущественно новые конституции зарубежных государств в разных формах закрепляют право своих граждан на благоприятную окружающую среду.

Федеральный Закон от 10.01.2002 № 7-ФЗ «Об охране окружающей среды» не только закрепил право граждан на охрану здоровья от неблагоприятного воздействия окружающей природной среды, но и предусмотрел ряд важных полномочий граждан, способствующих обеспечению его защиты. В частности, он предоставил гражданам право:

а) создавать общественные объединения и иные некоммерческие организации, осуществляющие деятельность в области охраны окружающей среды;

б) направлять обращения в органы государственной власти РФ, органы государственной власти субъектов РФ, органы местного самоуправления, иные организации и должностным лицам о получении своевременной, полной и достоверной информации о состоянии окружающей среды в местах своего проживания, мерах по ее охране;

в) принимать участие в собраниях, пикетированиях, демонстрациях, шествиях и митингах, сборе подписей под петициями, референдумах по вопросам охраны окружающей среды и иных не противоречащих законодательству РФ акциях;

г) выдвигать предложения о проведении экологической экспертизы и участвовать в ее проведении в установленном порядке;

д) оказывать содействие органам государственной власти РФ в решении вопросов охраны окружающей среды;

е) обращаться в органы государственной власти с жалобами, заявлениями и предложениями по вопросам, касающимся охраны окружающей среды;

ж) предъявлять в суд иски о возмещении вреда окружающей среде;

з) осуществлять другие предусмотренные законом права[[15]](#footnote-15).

Ряд существенных прав граждан в области охраны окружающей среды установлен иными законодательными актами России. Так, по Федеральному закону от 30 марта 1999 № 52-ФЗ (ред. от 28.09.2010) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» граждане имеют право:

- на благоприятную среду обитания (включая окружающую природную среду, условия труда, проживания, быта, отдыха, воспитания и обучения, питание, потребляемую или используемую продукцию народного хозяйства), факторы которой не должны оказывать опасного и вредного влияния на организм человека настоящего и будущих поколений;

- на своевременное возмещение в полном объеме ущерба от вреда, причиненного их здоровью в результате нарушений санитарных правил, повлекших за собой возникновение массовых инфекционных и (или) неинфекционных заболеваний и отравлений людей, а также профессиональных заболеваний;

- при обращении на предприятия и в организации на получение от них в пределах их компетенции полных и достоверных сведений: а) о состоянии среды обитания и здоровья населения, эпидемиологической обстановке, действующих санитарных правилах; б) о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия и их результатах; в) о качестве выпускаемых товаров народного потребления, в том числе пищевых продуктов, а также питьевой воды;

- непосредственно или через своего представителя, или через общественные объединения участвовать в разработке, обсуждении и принятии органами государственной власти и управления решений, направленных на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения[[16]](#footnote-16).

С учетом высокой социальной и экологической опасности радиационного загрязнения окружающей среды Федеральным законом от 09.01.1996 № 3-ФЗ «О радиационной безопасности населения» (ред. от 23.07.2008) также установлен ряд прав граждан. Согласно ст. 22 этого Закона, граждане России, иностранные граждане и лица без гражданства, проживающие на территории Российской Федерации, имеют право на радиационную безопасность. Граждане и общественные объединения имеют также право на получение объективной информации от организации, осуществляющей деятельность с использованием источников ионизирующего излучения, в пределах выполняемых ею функций о радиационной обстановке и принимаемых мерах по обеспечению радиационной безопасности (ст. 23). Представителям общественных объединений предоставлено право доступа в организацию, осуществляющую деятельность с использованием источников ионизирующего излучения, в порядке и на условиях, установленных законодательством Российской Федерации (ст. 24). Согласно ст. 26, граждане имеют право на возмещение вреда, причиненного их жизни и здоровью, и (или) на возмещение причиненных им убытков, обусловленных облучением ионизирующим излучением сверх установленных данным Федеральным законом основных пределов доз, в соответствии с законодательством Российской Федерации. А в случае радиационной аварии граждане имеют право на возмещение вреда, причиненного их жизни и здоровью, и (или) на возмещение причиненных им убытков в соответствии с законодательством Российской Федерации[[17]](#footnote-17).

## Законом РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 23.11.2009) установлено право потребителей на просвещение в области защиты прав потребителей (ст. 3). Это право обеспечивается посредством включения соответствующих требований в государственные образовательные стандарты и общеобразовательные и профессиональные программы, а также посредством организации системы информации потребителей об их правах и о необходимых действиях по защите этих прав. Под потребителем понимается гражданин, имеющий намерение заказать или приобрести либо заказывающий, приобретающий или использующий товары (работы, услуги) исключительно для личных (бытовых) нужд, не связанных с извлечением прибыли. Закон устанавливает другое важное экологически значимое право потребителя - на безопасность товара (работы, услуги) (ст. 7). Потребитель имеет право на то, чтобы товар (работ, услуга) при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки и утилизации был безопасен для жизни, здоровья потребителя, окружающей среды, а также не причинял вред его имуществу[[18]](#footnote-18).

В системе экологических прав граждан можно выделить права на природопользование, т.е. на использование природных ресурсов для удовлетворения разнообразных потребностей человека - экономических, оздоровительных, рекреационных, эстетических, научных, культурных. Права граждан на природопользование регулируются природо-ресурсными актами законодательства - Земельным, Водным, Лесным кодексами, законами «О недрах», «О животном мире» и др.

Граждане, пострадавшие при чрезвычайной ситуации, имеют право на получение бесплатной медицинской помощи, санаторно-курортного и восстановительного лечения, проведение гигиенических и противоэпидемических мероприятий по преодолению последствий чрезвычайной ситуации и снижению риска для их жизни и здоровья.

Гражданам РФ, проживающим в районах, признанных в установленном законодательством порядке экологически неблагополучными, гарантируется бесплатная медицинская помощь, медико-генетические и другие консультации и обследования при вступлении в брак, а также санаторно-курортное и восстановительное лечение, обеспечение лекарственными средствами, иммунобиологическими препаратами и изделиями медицинского назначения на льготных условиях.

Гражданам, пострадавшим при спасании людей и оказании медицинской помощи в условиях чрезвычайной ситуации, гарантируются бесплатное лечение, включая санаторно-курортное лечение, и все виды реабилитации, а также материальная компенсация в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Закон РФ от 15 мая 1991 г. № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» предусматривает различные меры в области охраны здоровья, в том числе обязательный медицинский контроль за состоянием здоровья населения, а также защитные мероприятия, направленные на снижение уровней облучения, комплекс контрмер, включающий медицинские мероприятия по радиационной и радиоэкологической защите, создание хозяйственно-экологической структуры, обеспечивающей улучшение качества жизни населения выше среднего уровня, компенсирующей отрицательное воздействие психо-эмоциональной нагрузки, связанной с Чернобыльской катастрофой[[19]](#footnote-19).

В соответствии со ст. 14 указанного Закона компенсации и льготы гражданам, получившим или перенесшим лучевую болезнь, другие заболевания, и инвалидам вследствие Чернобыльской катастрофы включают бесплатное оказание медицинской помощи (в стационаре и амбулаторно), диспансеризацию, бесплатное приобретение лекарств (по рецептам врачей), бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (за исключением протезов из драгоценных металлов), бесплатное ежегодное обеспечение санаторно-курортным лечением (при наличии медицинских показаний) или получение денежной компенсации в размере средней стоимости путевки, бесплатный проезд по территории Российской Федерации на всех видах транспорта (кроме такси) от места жительства до места лечения, в том числе санаторно-курортного, диспансерного, амбулаторного, клинического обследования, и обратно, внеочередную госпитализацию, а также получение бесплатно страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации со специальной базовой программой с отнесением разницы расходов по реализации специальной базовой программы и базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации на федеральный бюджет.

Для участников ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС в зоне отчуждения ст. 15 указанного закона предусматривает первоочередное бесплатное ежегодное обеспечение путевкой в санаторно-курортное (при наличии медицинских показаний с выдачей листка нетрудоспособности) или другое оздоровительное учреждение, а в случае невозможности предоставления путевки – денежную компенсацию в размере ее средней стоимости, бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов (за исключением протезов из драгоценных металлов, фарфора и металлокерамики), скидку в размере 50% со стоимости приобретаемых по рецептам врачей лекарств, оказания медицинской помощи (в стационаре и амбулаторно) и др[[20]](#footnote-20).

Статья 24 Закона РФ от 15 мая 1991 г. № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» устанавливает, что граждане, а также их дети, родившиеся после 26 апреля 1986 г., подлежат бесплатному обязательному медицинскому страхованию со специальной базовой программой, если не оговорено иное, и обязательному специальному медицинскому наблюдению (диспансеризации) в течение всей жизни[[21]](#footnote-21).

Организация медицинского и лекарственного обслуживания граждан, пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, осуществляется по специальной базовой программе обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации. На основе специальной базовой программы разрабатываются и утверждаются специальные территориальные программы обязательного медицинского страхования, которые по своему объему, качеству и условиям оказания медицинской и лекарственной помощи не могут быть ниже уровня, установленного базовой программой. Медицинские и лекарственные услуги в объеме, установленном специальной базовой программой обязательного медицинского страхования предоставляются на всей территории Российской Федерации по предъявлении специального страхового медицинского полиса либо удостоверения участника работ по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС.

Статьей 25 указанного закона предусмотрены дополнительные меры социальной защиты, медицинского обеспечения и оздоровления детей и подростков. Детям и подросткам в возрасте до 18 лет, проживающим в зоне отселения и зоне проживания с правом на отселение, эвакуированным и переселенным из зон отчуждения, отселения, проживания с правом на отселение, включая тех, которые на день эвакуации находились во внутриутробном состоянии, а также детям первого и последующих поколений граждан, родившимся после радиоактивного облучения вследствие Чернобыльской катастрофы одного из родителей, гарантируются: бесплатное санаторно-курортное лечение по медицинским показаниям в санаторно-курортных учреждениях соответствующего профиля, в том числе в санаториях «Мать и дитя»; бесплатное оказание медицинской помощи (в стационаре и амбулаторно), в том числе консультативной, бесплатное приобретение лекарств (по рецептам врачей), средств профилактики и перевязочного материала (по рецептам врачей), а также получение бесплатно страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации со специальной базовой программой; бесплатный проезд по территории Российской Федерации (туда и обратно) вместе с одним из родителей или заменяющим его лицом до санаторно-курортного учреждения или другого места лечения и медицинской консультации по направлению медицинских учреждений с правом первоочередного приобретения билетов.

Предусмотрено также ежегодное бесплатное оздоровление в оздоровительных лагерях (общего и санаторного типа) и других оздоровительных учреждениях, а в случае невозможности предоставления путевки – получение денежной компенсации в размере ее средней стоимости[[22]](#footnote-22).

Льготы и компенсации, установленные Законом РФ от 15.05.1991 № 1244-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС», предоставляются также гражданам, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 г. на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча[[23]](#footnote-23).

В соответствии с Федеральным законом от 10 января 2002 г. № 2-ФЗ «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне», пострадавшим гарантируется бесплатное оказание медицинской помощи (в стационаре и амбулаторно), бесплатное приобретение лекарств (по рецептам врачей) в пределах перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и изделий медицинского назначения, обязательное специальное медицинское наблюдение (диспансеризация) в течение всей жизни, первоочередное бесплатное ежегодное обеспечение путевкой в санаторно-курортное или другое оздоровительное учреждение, внеочередное обслуживание в лечебно-профилактических учреждениях и аптеках и др.[[24]](#footnote-24)

В коллективных договорах для лиц, работающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, может быть предусмотрена оплата стоимости проезда в пределах РФ для медицинских консультаций или лечения при наличии соответствующего медицинского заключения, если соответствующие консультации или лечение не могут быть предоставлены по месту жительства (статья 323 ТК РФ).

2.3 Право граждан на лекарственное обеспечение

Право граждан на лекарственное обеспечение закреплено в ст.ст. 34, 40, 79 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 30.07.2010 г.; п.3 Постановления Правительства РФ «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» от 30 июля 1994г, № 890.

В рамках данного права бесплатно получают все лекарственные средства инвалиды и участники ВОВ; бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны; граждане из числа бывших военнослужащих-интернационалистов, принимавших участие в боевых действиях в Республике Афганистан и на территориях других стран;, дети первых трех лет жизни, а также дети из многодетных семей в возрасте до шести лет; инвалиды 1 группы, неработающие инвалиды 2 группы, дети-инвалиды в возрасте до 16 лет; граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы[[25]](#footnote-25).

Кроме того, бесплатно отпускаются все лекарства для граждан, страдающих такими заболеваниями, как диабет, лепра, онкологические заболевания, СПИД, а также ВИЧ-инфицированные и другие.

По отдельным категориям заболеваний (детский церебральные паралич, миопатия, бронхиальная астма, лучевая болезнь, болезнь Паркинсона и др.) граждане бесплатно получают только лекарственные средства, необходимые для лечения данного заболевания.

С 50% скидкой со свободных цен представляются лекарства пенсионерам, получающим пенсию по старости, инвалидности или по случаю потери кормильцам работающим инвалидам 2 группы, инвалидам 3 группы, признанным в установленном порядке безработными, и иным лицам.

22 августа 2004 года Государственной Думой РФ были внесены изменения в Федеральный закон от 02.08.1995 № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», в обиходе получивший название «закон о монетизации льгот». В результате принятия данного закона произошла замена льгот в натуральной форме на их денежную компенсацию, а льготников России разделили на две категории:

- «федеральные» - отнесенные к компетенции Российской Федерации, т.е. находящиеся в ведении федеральных министерств (ведомств);

- «региональные» - отнесенные к компетенции субъектов Российской Федерации, т.е. те, кто обеспечивается льготами за счет бюджетов региона, в котором они проживают. Финансирование мер социальной поддержки льготных категорий граждан стало осуществляться из федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации[[26]](#footnote-26).

На основании данного закона государственная помощь гражданам льготных категорий стала осуществляться в установленной для каждой категории льготников ежемесячной денежной выплате (сокращенно – ЕДВ) из российского бюджета и в виде набора социальных услуг в рамках «социального пакета». Согласно Федеральному закону от 17.07.1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» сюда вошли дополнительная бесплатная медицинская помощь, включая обеспечение необходимыми лекарственными средствами в соответствии с Перечнем лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера).

Перечисление средств на обеспечение дополнительными бесплатными лекарствами «федеральных» льготников, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, с 2005 года производится в установленном порядке из федерального бюджета через фонд ОМС.

Бесплатное обеспечение лекарственными средствами по рецептам врачей при амбулаторном лечении предусмотрено для следующих категорий граждан:

- «федеральные» льготники (обеспечиваются льготами за счет средств федерального бюджета):

- инвалиды Великой Отечественной войны, участники ВОВ, ставшие инвалидами, приравненные к инвалидам войны;

- участники ВОВ и приравненные к участникам ВОВ;

- ветераны боевых действий;

- военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года;

- лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;

- лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны и других военных объектах;

- члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников ВОВ и ветеранов боевых действий;

- инвалиды с I, II, III степенью ограничения трудоспособности, инвалиды без степени ограничения трудоспособности, дети-инвалиды (до 18 лет);

- граждане, пострадавшие вследствие воздействия радиации[[27]](#footnote-27).

Данная мера социальной поддержки предусмотрена в соответствии с Федеральным законом от 22.08.2004г. № 122-ФЗ и сохранена в рамках «социального пакета».

Региональные льготники (обеспечиваются льготами за счет бюджета субъекта федерации):

- реабилитированные лица и граждане, признанные пострадавшими от политических репрессий, являющиеся пенсионерами;

- члены семей реабилитированных, пострадавшие в результате репрессий, являющиеся пенсионерами;

- участники обороны Москвы, награжденные медалью «За оборону Москвы» и участники строительства оборонительных рубежей под Москвой в период обороны с 22.07.1941 по 25.01.1942 г.;

- участники предотвращения Карибского кризиса в 1962 году;

- дети первых трех лет жизни, дети из многодетных семей в возрасте до 6 лет;

- матери, имеющие 10 и более детей;

- Герои Советского Союза, Герои Российской Федерации, полные кавалеры ордена Славы;

- отдельные группы населения, страдающие гельминтозами (бесплатное обеспечение противоглистными лекарственными средствами).

- дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, лица из их числа во время обучения в государственных образовательных учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования[[28]](#footnote-28).

«Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи» утверждается Министерством здравоохранения и социального развития РФ (последний - от 18 сентября 2006 г . № 665).

При первичном обращении отдельных категорий граждан, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), оказывающие первичную медико-санитарную помощь, за предоставлением необходимых лекарственных средств, в регистратуре на него заводится медицинская карта амбулаторного больного или история развития ребенка с маркировкой литерой «Л». Рекомендуется представлять страховой медицинский полис ОМС. Для граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи (т.е. «федеральных» льготников), дополнительно указывается страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС). Выписка лекарственных средств и изделий медицинского назначения осуществляется непосредственно лечащим врачом после осмотра пациента.

Выписка лекарственных средств и изделий медицинского назначения гражданам, имеющим право на льготное лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении, производится врачами (участковым терапевтом, участковым педиатром, врачом общей практики (семейным врачом), фельдшером) государственных амбулаторно-поликлинических учреждений, а также учреждениями иной формы собственности, включенными в Перечень лечебно-профилактических учреждений, по рецептам врачей которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются бесплатно или с 50-процентной скидкой. Самостоятельно лечащим врачом ЛПУ выписываются льготные рецепты на лекарственные средства, включенные в стандарты медикаментозного лечения основных заболеваний в рамках утвержденного Перечня.

Специфические лекарственные средства (иммунодепрессанты, противоопухолевые, противотуберкулезные, противодиабетические и другие лекарственные средства, влияющие на деятельность эндокринной системы, а также лекарственные средства, применяемые для лечения СПИДа, муковисцидоза) для бесплатного или с 50-процентной скидкой отпуска выписываются профильными специалистами поликлинического учреждения или врачами соответствующих специализированных амбулаторно-поликлинических учреждений (диспансеров)[[29]](#footnote-29). В отдельных случаях допускается выписка таких средств лечащим врачом по согласованию с врачом-специалистом, о чем делается соответствующая запись в амбулаторной карте.

Выписка лекарственных средств гражданам льготных категорий осуществляется в количестве, необходимом на курс лечения. В отдельных случаях, если необходимо проведение длительной поддерживающей терапии, по решению врачебной комиссии допускается выписка лекарственных средств на более длительный срок (до двух месяцев, за исключением лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету).

В случаях, когда курс лекарственной терапии при лечении некоторых хронических заболеваний, имеющих затяжной характер, совпадает с периодом пребывания больного в санатории, лечащий врач должен выписывать рецепты на лекарственные средства на весь период пребывания в санатории.

2.4 Право граждан на информацию о состоянии своего здоровья

Каждый медицинский работник обязан знать ст. 20. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 30.07.2010 г. (вступил в силу 01.01.2011) которая определяет права граждан на информацию о состоянии своего здоровья, в том числе предусматривая определенный объем предоставляемых сведений, характеризующий информированность больного о проводимом обследовании, предполагаемом диагнозе и прогнозе развития заболевания, а также возможных вариантах медицинского вмешательства.

Данная статья предусматривает порядок получения необходимой информации, включающей беседу с лечащим врачом, заведующим отделением и специалистами, принимавшими непосредственное участие в обследовании и лечении. Однако на практике как сами пациенты, так и их родственники или иные законные представители, нередко используют в качестве основного источника информации не указанных лиц, а медицинских сестер, которые по своим обязанностям осведомлены о состоянии здоровья граждан, находящихся на обследовании и лечении в данном ЛПУ. Поэтому медицинские сестры очень четко должны понимать, что они не имеют права в рамках действующего законодательства предоставлять конфиденциальную информацию не только родственникам и знакомым больных (даже если последние представляют документы, удостоверяющие их законное представительство), но и самим больным[[30]](#footnote-30).

Кроме этого получение информации о состоянии здоровья возможно путем ознакомления с медицинской документацией: «Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затронуты интересы третьей стороны».

Данное право пациента нередко под разными предлогами в ЛПУ нарушается, поскольку вызывает крайне негативное отношение со стороны медицинских работников, что особенно характерно для стационаров. При этом смешиваются два понятия: правила, определяющие порядок перемещения медицинских документов внутри ЛПУ, утвержденные приказом руководителя, и порядок ознакомления пациента с медицинскими документами, отражающими состояние его здоровья.

Порядок обращения медицинских документов, в которых зафиксированы сведения о состоянии здоровья граждан (медицинские карты амбулаторных и стационарных больных), определяется приказом или распоряжением руководителя ЛПУ, разрешающим перемещать их как медицинским работникам, так и выдавать на руки пациентам при недостаточной укомплектованности учреждения. В подобных случаях медицинские карты амбулаторных больных выдаются пациентам при предъявлении документов, удостоверяющих их личность, в целях соблюдения прав на конфиденциальную информацию. Однако приказом руководителя может быть запрещена выдача пациентам на руки указанных документов в целях обеспечения их сохранности. Подобный приказ Основам не противоречит, поскольку пациент имеет право ознакомиться с медицинской документацией, согласовав этот вопрос непосредственно с лечащим врачом. Лечащий врач в этих случаях не должен препятствовать больному в реализации его законного права.

В стационарных подразделениях перемещение медицинских карт также регламентируется внутренним приказом руководителя, который медицинские работники должны выполнять.

Следует обратить внимание, что при любой организационной форме, реализующей на практике права пациента, прописанные в статье 20, ведущая роль принадлежит лечащему врачу, который при возникновении конфликтной ситуации может привлечь к ее разрешению других должностных лиц, в первую очередь, заведующего отделением. Медицинские сестры не имеют права и не должны предоставлять больным и их родственникам медицинскую документацию для ознакомления.

2.5 Право матери и детей на охрану здоровья

В соответствии со статьей 48 Федерального закона от 30.07.2010 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- Материнство в Российской Федерации охраняется и поощряется государством;

- Каждая женщина в период беременности, во время и после родов обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

- Порядок обеспечения полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет, в том числе через специальные пункты питания и организации торговли по заключению врачей, устанавливается законодательством субъектов Российской Федерации[[31]](#footnote-31).

В соответствии со ст. 259 Трудового кодекса РФ (далее ТК РФ), запрещаются направление в служебные командировки, привлечение к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни беременных женщин[[32]](#footnote-32).

Статьей 260 ТК РФ предусмотрено, что перед отпуском по беременности и родам или непосредственно после него либо по окончании отпуска по уходу за ребенком женщине по ее желанию предоставляется ежегодный оплачиваемый отпуск независимо от стажа работы у данного работодателя[[33]](#footnote-33).

Расторжение трудового договора по инициативе работодателя с беременными женщинами не допускается, за исключением случаев ликвидации организации либо прекращения деятельности индивидуальным предпринимателем (статья 261 Трудового кодекса РФ).

Статья 262 ТК РФ устанавливает, что одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами по его письменному заявлению предоставляются четыре дополнительных оплачиваемых выходных дня в месяц, которые могут быть использованы одним из указанных лиц либо разделены ими между собой по их усмотрению.

В соответствии со ст. 263 ТК РФ работнику, имеющему двух или более детей в возрасте до четырнадцати лет, работнику, имеющему ребенка-инвалида в возрасте до восемнадцати лет, одинокой матери, воспитывающей ребенка в возрасте до четырнадцати лет, отцу, воспитывающему ребенка в возрасте до четырнадцати лет без матери, коллективным договором могут устанавливаться ежегодные дополнительные отпуска без сохранения заработной платы в удобное для них время продолжительностью до 14 календарных дней[[34]](#footnote-34).

Гарантии и льготы, предоставляемые женщинам в связи с материнством (ограничение работы в ночное время и сверхурочных работ, привлечение к работам в выходные и нерабочие праздничные дни, направление в служебные командировки, предоставление дополнительных отпусков, установление льготных режимов труда и другие гарантии и льготы, установленные законами и иными нормативными правовыми актами), распространяются на отцов, воспитывающих детей без матери, а также на опекунов (попечителей) несовершеннолетних (статья 264 Трудового кодекса РФ).

Порядок выплаты пособий на детей установлен Федеральным законом от 19.05.1995 № 81-ФЗ (ред. от 24.07.2009) «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей». Законом установлены следующие виды государственных пособий:

– пособие по беременности и родам;

– единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;

– единовременное пособие при рождении ребенка;

– ежемесячное пособие по уходу за ребенком;

– ежемесячное пособие на ребенка;

– единовременное пособие при передаче ребенка на воспитание в семью[[35]](#footnote-35).

В соответствии с Федеральный закон от 29 декабря 2006 года № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», право на дополнительные меры государственной поддержки возникает при рождении (усыновлении) ребенка (детей), имеющего гражданство Российской Федерации, у следующих граждан Российской Федерации независимо от места их жительства:

1) женщин, родивших (усыновивших) второго ребенка начиная с 1 января 2007 года;

2) женщин, родивших (усыновивших) третьего ребенка или последующих детей начиная с 1 января 2007 года, если ранее они не воспользовались правом на дополнительные меры государственной поддержки;

3) мужчин, являющихся единственными усыновителями второго, третьего ребенка или последующих детей, ранее не воспользовавшихся правом на дополнительные меры государственной поддержки, если решение суда об усыновлении вступило в законную силу начиная с 1 января 2007 года[[36]](#footnote-36).

Право на дополнительные меры государственной поддержки возникает со дня рождения (усыновления) второго, третьего ребенка или последующих детей независимо от периода времени, прошедшего с даты рождения (усыновления) предыдущего ребенка (детей), и может быть реализовано не ранее чем по истечении трех лет со дня рождения (усыновления) второго, третьего ребенка или последующих детей.

В соответствии с Федеральным законом «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», устанавливается материнский (семейный) капитал в размере 250 000 рублей. Его размер ежегодно пересматривается с учетом темпов роста инфляции и устанавливается федеральным законом о федеральном бюджете на соответствующий финансовый год. Распоряжение средствами материнского капитала осуществляется с целью улучшения жилищных условий; получения образования ребенком (детьми); формирования накопительной части трудовой пенсии.

В соответствии с Приказом Минздрава РФ от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» были сформулированы меры по совершенствованию медицинской помощи детям и подросткам на ближайшие годы. Среди этих мер, была одна, которая вызвала неоднозначную реакцию практически врачей, это положение о том, что дети, достигшие 15 летнего возраста, не передаются в подростковые кабинеты территориальных поликлиник для взрослых, а остаются под наблюдением участкового врача-педиатра до достижения ими возраста 18 лет[[37]](#footnote-37).

Следует отметить, что десять лет прошедшие с момента выхода этого приказа не принесли позитивных изменений, поскольку заболеваемость детей и подростков за этот период значительно выросла по многим классам болезней. Например, показатель заболеваемости на 100 тыс. подростков по ожирению увеличился в 1,8 раза. По таким классам болезней, как заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани  в 1,4 раза, органов пищеварения, кожи и подкожной клетчатки, мочеполовой системы, крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм  в 1,3 раза, глаза и его придаточного аппарата  в 1,2 раза. А самое главное выросло число детей старше 12-летнего возраста с девиантным поведением.

По нашему мнению рост показателей заболеваемости детей и подростков нельзя объяснить исключительно улучшением выявления патологии, как иногда трактуется в официальных документах региональных министерств здравоохранения. Снижение уровня здоровья детей является отражением многих процессов, происходящих в российском обществе, прежде всего это снижение ответственности социальных институтов государства по отношению к семье и её членам. Следствием этого явилась деградация определенной части семей и снижение их социального статуса, декларативность обязательств государства по охране здоровья граждан, охране окружающей среды, обеспечения приемлемого уровня доступности медицинской и социальной помощи женщинам и детям.

В современных социально-экономических условиях России XXI века актуальной задачей является создание оптимальных условий для здорового материнства, обеспечения рождения и развития здорового ребенка. В то же время, экономические трудности последних десятилетий, снижение внимания со стороны государства к социальным проблемам, усложнение экологической ситуации, резкое ограничение финансирования здравоохранения и медицинской науки привели к значительному уменьшению числа здоровых детей - в разных регионах оно колеблется от 4% до 10% (Баранов А.А. с соавт., 2003).

Направления стратегии. Решения в области социальных проблем охраны здоровья детей должны приниматься с участием широкой общественности. Деятельность, направленная на улучшение состояния здоровья молодежи, должна, по определению, предусматривать изменение служб и учреждений здравоохранения, а также физической и культурной среды в широком смысле. Дети и подростки являются гражданами в силу собственного права и должны принимать активное участие в планировании и мониторинге любой национальной или региональной стратегии, целью которой является улучшение их здоровья. Молодые люди являются экспертами в отношении своих сверстников. Их участие поможет добиться того, чтобы образовательные инициативы и меры, направленные на развитие соответствующих служб, учитывали их потребности и проблемы.

Таким образом, стратегия охраны здоровья детей по нашему мнению должна строиться на нескольких основных направлениях. В частности, это охрана здоровья матери и новорожденного, обеспечение сбалансированного полноценного питания, эффективная борьба с инфекционными болезнями, травмами и насилием, снижение отрицательного влияния факторов окружающей среды, формирование сбалансированной политики охраны здоровья подростков, а так же сохранение и приумножение параметров физического, психосоциального и психического развития подрастающего поколения (рис. 1).

Рис. 1. Основные направления стратегии охраны здоровья детей и подростков.

Межсекторальная координация стратегии. Проблема здоровья детей носит многосторонний характер и нередко определяется факторами, выходящими за рамки отрасли здравоохранения. Хотя сектор здравоохранения играет главную роль, как в непосредственном предоставлении помощи, так и в координации межсекторальной деятельности, успех не может быть достигнут только усилиями медицинских работников. К сожалению, привести примеры действий других секторов, которые могут и должны оказывать благоприятное воздействие на здоровье и развитие детей и подростков в условиях экономического кризиса в России задача весьма сложная.

В то же время имеется достаточно много сообщений в средствах массовой информации и различных официальных отчетах «о проделанной работе», однако результаты в виде атрибутов здоровья детей и подростков печальны  показатели здоровья продолжают ухудшаться. Конечно, сегодня все понимают, что при восстановлении межсекторальной координации эффективность деятельности по охране здоровья будет значительно выше. В чем же заключается межсекторальная координация? В реальной жизни имеется четко очерченные секторы, которые в силу своего статуса и положения, действуя от имени государства или общества обязаны осуществлять свой вклад в здоровье подрастающего поколения (табл. 1).

Как правило, потребность в сотрудничестве и взаимодействии выходит за рамки структурированных секторов. Например, за последнее десятилетие произошло стремительное развитие сектора телекоммуникации и информатики. Молодые люди в настоящее время не только подвергаются воздействию большого объема информации и зрительных образов, но и нередко являются объектом целенаправленного воздействия. Средства массовой информации могут действовать как во благо, так и во вред; к сожалению, нередко имеет место последнее. В реальной ситуации практически по всем, за редким исключением (культура) отечественным телевизионным каналам в течение длительного времени насаждается идеология насилия, обмана, свободы сексуальных отношений, неизбежности войн, неверие в позитивное развитие России и т.п. Честный труд на благо общества, семейные ценности, культура, национальная идея, уважение к истории российского государства, почтение к старшему поколению  эти и подобные темы почти исчезли с экранов отечественных телеканалов, в том числе и с государственных.

А ведь средства массовой коммуникации оказывают значительное отрицательное воздействие на ценности, установки и убеждения подрастающего поколения, в частности на стремление к здоровому образу жизни. В реальной ситуации отечественные средства массовой информации редко отражают общественное мнение, а также общественный настрой, побуждающий к позитивным изменениям. Несмотря на это, медицинские работники и сектор здравоохранения в целом обязаны активно противодействовать отрицательному влиянию средств массовой информации на детей и подростков. К сожалению, медицинские работники и отечественная медицина многие годы вынуждены тратить огромные усилия на восстановление межсекторального сотрудничества и позитивного взаимодействия с другими секторами, доказывая очевидные вещи  без здоровых детей нет будущего у Российского государства.

Таблица 1. Межсекторальное взаимодействие в рамках охраны здоровья подрастающего поколения

|  |  |
| --- | --- |
| СЕКТОР | ВОЗМОЖНЫЙ ВКЛАД |
| Экономика и финансы | Финансовая политика – налогообложение и субсидии Перераспределение государственных ресурсов |
| Образование (школы) | Разработка учебных программ Школьная средаПредоставление услуг вне школьной программы,ориентированных на детей и подростковПредоставление питания в школе |
| Добровольные организации | Физическая активность СпортПроведение досуга целенаправленного характера |
| Средства массовой информации | Повышение уровня информированности Участие общественности в анализе информацииРекомендации и информацияПодотчетность лиц, принимающих решения |
| Социальное обеспечение | Психосоциальная поддержка Адресные пособияЖилищные нормыБытовая безопасность |
| Закон и правосудие | Защита ребенка Обеспечение безопасной среды обитанияПоддержка семьи |
| Окружающая среда | Нормы и стандарты в отношении антропогенной среды Городское планированиеНормы водоснабжения и санитарииЭкологический мониторинг |
| Сельское хозяйство и Пищевая промышленность | Первичное производство Пищевые стандарты и состав продуктов питанияпромышленность Обогащение пищевых продуктов и добавкиМаркетингПолитика ценообразованияОбучение потребителей |
| Транспорт | Дорожное строительство Характеристики транспортных средствНормы безопасности |

Многие страны имеют специального представителя (омбудсмена), обязанностью которого является обеспечение социального благополучия детей. Такое лицо располагает идеальными возможностями для мониторинга уровня межсекторального сотрудничества и разработки рекомендаций по его улучшению.

Основой деятельности по охране здоровья и развитию детей является укрепление семей и местных сообществ, в которых они проживают. Семьи действуют в контексте местных сообществ и более широкого окружения. Доступ каждой семьи к продуктам и службам, связанным со здравоохранением, определяется целым рядом факторов, таких как время, финансы, транспорт, знания и умения, наличие доступа к продуктам и службам и другие.

Возможности действий со стороны семьи ограничены имеющимися ресурсами. Решающее значение для способности каждой семьи поддерживать и улучшать состояние здоровья является уровень бедности, образования, безработицы и материальных условий жизни. Наименее обеспеченные семьи нуждаются в наибольшей поддержке. Любые инвестиции в улучшение жилищных условий, создание больших возможностей для образования или улучшение питания будут способствовать расширению жизненных возможностей детей из бедных семей[[38]](#footnote-38).

Большим потенциалом обладает также сектор добровольных и общественных организаций. Такие организации обеспечивают сеть поддержки для молодых людей от дошкольного до старшего подросткового возраста и их родителей. Молодежные группы и организации, а также спортивные клубы представляют собой ресурсы, обеспечивающие здоровье и развитие молодых людей. Государственные стратегии, предназначенные для усиления организаций на базе местных сообществ и поддержки семей, могут способствовать улучшению состояния здоровья детей и подростков.

2.6 Обязанности граждан в сфере охраны здоровья

В новом Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 30.07.2010 г. сформулированы и детализированы новые принципы охраны здоровья граждан:

- определены четкие критерии доступности медицинской помощи, недопустимости отказа в оказании медицинской помощи;

- в основу заложен принцип приоритета профилактических мероприятий и переход от системы здравоохранения, направленной преимущественно на лечение заболеваний, к системе охраны здоровья граждан, основанной на приоритете здорового образа жизни и профилактике заболеваний;

- проектом закона обеспечивается усиление ответственности органов государственной власти за обеспечение охраны здоровья граждан и оказание медицинской помощи;

- предусматриваются существенные изменения в институт медицинской помощи;

- к нововведениям проекта федерального закона относится регулирование вопросов, связанных с организацией санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, паллиативной помощи, медицинской помощи гражданам при чрезвычайных ситуациях и стихийных бедствиях, больным с редкими заболеваниями, проведением медицинских осмотров, и т.д.;

- проектом федерального закона закрепляются собственно основы правового регулирования отношений по трансплантации органов и или тканей человека;

- впервые дается определение понятию медицинские изделия, закрепляется порядок их применения на территории Российской Федерации;

- вводятся нормы, которые устанавливают ограничения, налагаемые на медицинских и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности;

- определяются права и обязанности медицинских организаций;

- в проекте уточнены и конкретизированы основные требования к Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

- в проекте федерального закона отражен инновационный подход к управлению деятельностью в сфере охраны здоровья граждан.

Таким образом, положения законопроекта от 30 июля 2010 года на первый взгляд выглядят позитивно и воодушевляюще. Особенно, статья 25, касающаяся обязанностей граждан в сфере охраны здоровья.

Так, в пункте 3 сказано: «граждане обязаны заботиться о своем здоровье и трудовом долголетии, проходить обязательные медицинские осмотры». Казалось бы, ничего страшного. Но здесь, как и в предыдущем случае, нас подстерегает опасность серьезно пострадать. Нормы, предусматривающие обязанности граждан в сфере охраны здоровья, являются законодательным нововведением. К тому же, ситуация, когда круг обязанностей расширен до немыслимых пределов, а о правах почти ни слова, недопустима для мировой практики. Обязанность человека следить за своим здоровьем и здоровьем окружающих его людей – это исключительно нравственная норма и в силу этого никак не может стать юридически обязательной. Нельзя выпустить законодательный акт, приказывающий людям чистить зубы два раза в день, потому что это абсурд[[39]](#footnote-39).

К сожалению, ситуация, возникшая на российском правовом поле, во многом напоминает театр абсурда. Нельзя стопроцентно гарантировать, что в скором будущем не появятся уголовные санкции против тех, кто «нарушает» пресловутый закон «Об охране здоровья». Нюрнбергское расовое законодательство, на первый взгляд, тоже преследовало вполне нормальную цель: сохранение германского народа и германского государства, но при этом карало за уклонение от своих норм смертью или заключением в концлагерь.

Нововведением является также обязанность «проходить обязательные медицинские осмотры». Действующее законодательство предусматривает подобную норму лишь для «работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, перечень которых утверждается уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти». Придание же этой формулировке, по сути, служебной инструкции внутреннего пользования, тотального характера, может легко привести к еще одной волне правового беспредела, а он – к серьезным нарушениям прав человека. Неизвестно еще, будут ли эти осмотры бесплатными или платными, и какие меры станут применяться к тем, кто в положенное время не смог пройти осмотр или, не дай Бог, уклонился от него.

Павел Парфентьев, председатель МОО «За права семьи», считает «неоправданно широким» пункт 4 исследуемой статьи, обязывающий «всех граждан, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих», «проходить обязательное обследование и лечение». Допустим, человек заболел легкой формой ОРЗ, которая легко лечится и без вмешательства специалиста, но по букве настоящего законопроекта она является «опасной для окружающих», соответственно, если сам больной или его близкие не обращаются к врачу, значит, они нарушают закон, соответственно, они преступники. Любое преступление должно быть наказано, и самой мягкой нормой наказания может стать принудительное лечсние такого больного. Ныне существующие нормы права предусматривают подобное лишь для заболеваний с особо высокой степенью повышенной опасности. Ни один врач не имеет права без согласия больного или его близких лечить грипп или бронхит, иначе ему грозят неприятности по служебной линии. В случае принятия закона ситуация может сложиться так: больной и его родственники будут виноваты в том, что не вызвали врача, а сам врач – в том, что не держал такую семью «на карандаше» и не ставил в известность вышестоящие лица. Если же это семья, где есть дети до 18 лет, то может сложиться совсем плачевная ситуация, выше мы об этой уже говорили[[40]](#footnote-40).

Логическим следствием 25 статьи и одновременно еще одним законодательным нововведением является положение другой статьи, номер 50, о прохождении несовершеннолетними обязательных профилактических медицинских осмотров (диспансеризации). Это положение дает дополнительный козырь в руки чиновникам из Минздрава и еще одну возможность к злоупотреблениям своей властью. В случае если родители такого ребенка в силу своего законного права отказываются, скажем, от прививки на реакцию Манту, то это может расцениваться как прямое «нарушение права несовершеннолетнего на медосмотр». К примеру, в 2010 году в г. Воронеж по доносу из одной районной поликлиники органы опеки и милиция инкриминировали гражданке Н. «нарушение права ребенка на доступ к медицинскому обслуживанию»[[41]](#footnote-41). На деле обвиняемая воспользовалась своим правом в отношении своего несовершеннолетнего ребенка на отказ от медицинского вмешательства, в определенных случаях, воздержание от определенного рода прививок, флюорографии и некоторых процедур гораздо лучше, чем применение таковых. К тому же, сведения о том, согласился ли пациент или его законный представитель от определенных процедур, относятся к фактам, констатированным «при обследовании и лечении» пациента, соответственно, попадают под понятие так называемой «негласной врачебной тайны». Таким образом, тот, кто разглашает ее, нарушает нормы внутренней медицинской этики, а тот, кто пытается принудить к этому весь коллектив Минздрава, расшатывает ее веками сложившиеся основы.

Наконец, п. 5 ст. 25 законопроекта обязывает всех граждан, находящихся на лечении, соблюдать режим и выполнять назначения медицинских работников. Не указано, идет ли речь о любом лечении, или только о нахождении на лечении в стационаре. Фактически, эта норма может пониматься как обязывающая пациента выполнять любые назначения врача. Это, безусловно, входит в противоречие с общим принципом российского законодательства в сфере здравоохранения, принятом и в предлагаемом законопроекте – а именно с принципом добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство и правом на отказ от медицинского вмешательства (ст. 8 законопроекта). Пациент может быть юридически обязан соблюдать режим лишь при поступлении на стационарное лечение, и не может быть обязан выполнять назначения медицинских работников, поскольку принцип добровольного согласия предполагает добровольное выполнение таких назначений, а также право на отказ от любого назначения (например, от приема того или иного прописанного лекарства, от проведения той или иной процедуры). В свете принципа добровольного согласия и права на отказ от медицинского вмешательства, норма п. 5 ст. 25 является абсурдной и противоправной[[42]](#footnote-42).

К счастью, уклонение от обязательных медицинских мер чревато пока только нервотрепкой. Но эксперты советуют не расслабляться, потому что если законопроект будет принят, то следует ожидать появление поправок в КоАП и УК РФ.

Глава 3. Проблемы реализации и пути развития законодательного

регулирования права граждан на охрану здоровья

3.1 Проблемы реализации права на охрану здоровья граждан РФ

Здоровье человека в эпоху динамично меняющихся природных и общественных условий требует особо пристального внимания к организации здравоохранения. Особое значение имеют законодательные гарантии действенности системы медицинской помощи и социальной защиты.

Проблема создания, совершенствования и дальнейшего развития законодательной базы в области охраны здоровья населения в Российской Федерации остается одной из самых злободневных14.

Известно, что эффективность деятельности системы здравоохранения является одним из определяющих факторов социально-экономического развития любого государства. К сожалению, в настоящее время мы пришли к ситуации, когда законодательное обеспечение здравоохранения в Российской Федерации на федеральном и региональном уровнях не отвечает реалиям сегодняшнего дня. К тому же нельзя не учитывать, что здоровье населения страны - важнейший элемент национальной безопасности государства - находится в прямой зависимости от деятельности, которую осуществляют органы государственной власти по реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Несмотря на то, что действующее законодательство Российской Федерации в сфере здравоохранения насчитывает несколько десятков законов, значительное количество подзаконных нормативных актов, его нельзя признать достаточным для решения современных задач. Нормативные правовые акты в сфере здравоохранения разрознены, ряд норм дублируют друг друга, а некоторые отношения в области медицины, вообще, не регулируются правом.

Анализ и обработка действующих нормативных правовых актов, группировка правовых предписаний по определенной схеме, создание внутренне единой системы актов являются необходимыми условиями эффективности правотворческой деятельности, способствуют ликвидации пробелов и противоречий в действующем законодательстве. Систематизация законодательства нужна также как эффективное средство расчистки накопившихся массивов нормативных актов, ревизии действующей правовой системы. Кроме того, она обеспечивает удобства при реализации права, возможность хорошо ориентироваться в законодательстве, оперативно находить и правильно толковать соответствующие нормы. Наконец, систематизация является необходимой предпосылкой целенаправленного и эффективного правового просвещения и воспитания, научных исследований, обучения студентов[[43]](#footnote-43).

Основные теоретические и практические проблемы, связанные с систематизацией законодательства о здоровье человека, с классификацией разделов медицинского законодательства, анализом правового статуса пациента, не получили достаточную систематическую и комплексную разработку и освещение в современной юридической и медицинской литературе. Из-за отсутствия четкой классификации медицинского законодательства на определенные разделы остаются неохваченными правовым регулированием ряд проблем. Имеются противоречия в различных нормативных правовых актах, регулирующих вопросы охраны здоровья населения, необходимо проведение исследований в области усовершенствования отечественного законодательства в данной сфере.

В настоящее время в России темпы законодательной деятельности как никогда высоки. Создаются сотни и тысячи новых нормативных актов, существенно меняющих характер и основные принципы правового регулирования. Поэтому, если сейчас не заниматься упорядочением действующей нормативной правовой базы, которая увеличивается быстрыми темпами, в будущем возникнут большие трудности в нахождении и использовании действующих норм права, хаос и неразбериха в российском законодательстве. Дело осложняется еще и тем, что сейчас, когда создается практически новая правовая система в Российской Федерации, нужно также срочно решать судьбу формально действующих нормативных правовых актов России и их частей, которые полностью либо частично противоречат новым нормативным решениям или попросту безнадежно устарели.

Для того, чтобы система законодательства оставалась именно системой (обладала необходимой и достаточной совокупностью элементов, была внутренне согласована, непротиворечива), нормально функционировала, а также совершенствовалась и развивалась, она нуждается в постоянном воздействии на нее специального процесса - систематизации.

Систематизация - это деятельность по приведению нормативных правовых актов в определенное упорядоченное состояние в целях принятия сводного законодательного акта (Кодекса), либо объединения множества нормативных правовых актов в единый комплекс (Сборник), необходимый для нужд правотворческой и правоприменительной практики.

Между тем, попытка привести в систему действующий нормативный массив наталкивается на значительные трудности. В процессе работы обнаруживаются все более сложно решаемые проблемы. Представляется что виной тому две главные причины: первая - попытка систематизировать законодательство в границах старой системы, сложившейся до принятия Конституции РФ 1993 года; вторая - состояние законодательного массива. Противоречивость законодательных актов, их дублирование, нарушение других правил законодательных процедур, импульсивность законотворчества - все это препятствует строительству эффективной правовой системы. Разумеется, причины недостатков и невысокого качества законодательного регулирования нельзя относить лишь на счет законотворческих органов. Они глубже, зачастую - вне права, в сути тех процессов, которые протекают в обществе и, в конечном итоге, отражают состояние противоборства различных социальных сил.

Потребность в законодательном регулировании в сфере медицины огромна. Такие направления, как защита прав пациентов, правовые аспекты биоэтики, страхование юридической ответственности медицинских работников при выполнении профессиональных обязанностей, клонирование - не урегулированы в достаточной степени. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» 1993 года, как документ непрямого действия, во многом, устарел, принят до введения в действие Конституции РФ 1993 г. и не сопровождается созданием необходимых законов, регулирующих те или иные направления медицинской деятельности. Как качество самого здравоохранения, так и состояние его правовой обеспеченности далеки от оптимальных[[44]](#footnote-44). Новый Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 30.07.2010 года так же далёк от совершенства.

Основные трудности, которые негативно сказываются на процессе создания качественной правовой базы здравоохранения, следующие: недостаточно выраженная государственная политика в сфере охраны здоровья граждан; отсутствие научно обоснованной концепции создания правовой базы сферы оказания медицинской помощи; разобщенная деятельность представителей правовой и медицинской науки; при понимании специфики России недостаточный интерес к опыту юридической регламентации охраны здоровья граждан в зарубежных странах; слабая законотворческая активность субъектов законодательной инициативы; трудности прохождения законов в Государственной Думе Федерального Собрания РФ.

3.2 Перспективы дальнейшего формирования законодательства в

сфере охраны здоровья граждан РФ

В настоящее время можно констатировать, что развитие законодательства о здравоохранении в РФ идет по пути создания целого пакета из отдельных, специализированных законодательных актов. Однако законодательство в сфере охраны здоровья населения РФ должно создаваться не как совокупность разрозненных актов по узким вопросам, а как научно обоснованный и взаимоувязанный кодификационный акт, который должен быть базой, основой данного законодательства. Основной путь преодоления множественности нормативных актов, а также пробелов и противоречий регулирования - это повышение внимания к кодификации законодательства, принятие законов по укрупненным блокам регулирования.

Необходимость объединения нормативных актов, регулирующих те или иные вопросы обеспечения и охраны безопасности здоровья граждан, в единый законодательный комплекс обусловлено социальным родством и взаимодополняемостью отношений, составляющих их предмет. Все отношения, регулируемые указанными выше законами, проистекают из общего социального фактора: задачи обеспечения здоровья нации. А любой из этих нормативных актов не может надлежащим образом выполнить свою социальную задачу изолированно от других.

Для устранения проблем, характерных для законодательства об охране здоровья граждан, необходим масштабный пересмотр принципиальных основ, на которых строится все социальное законодательство, в том числе законодательство о здравоохранении, приведение его в строго сбалансированную систему, где цели и векторы развития не противоречат, не взаимоисключают друг друга, а работают на общую цель, определенную в ст.7 Конституции РФ.

Деятельность по совершенствованию законодательного регулирования отношений по охране здоровья граждан может быть сконцентрирована по следующим этапам:

1) разработка научно обоснованной, практически реальной концепции развития законодательства об охране здоровья граждан;

2) разработка программы проведения работ по модернизации и упорядочению законодательства в целях обеспечения структурного реформирования отрасли;

3) разработка звеньев необходимых, но пока недостающих для признания законодательства о здравоохранении в качестве полноценно сбалансированной системы;

4) систематизация законодательства.

Одним из приоритетных направлений совершенствования законодательства о здравоохранении в России является систематизация действующей нормативной правовой базы, то есть сведения к внутреннему единству нормативных правовых актов путем внешней и/или внутренней обработки их содержания. Основой всей систематизации должно стать создание Медицинского кодекса Российской Федерации - нового сводного законодательного акта, с внутренней четко определенной структурой, базирующегося на основе существенной переработки нормативного массива в сфере охраны здоровья населения. Тем самым, подразумевается необходимость, во-первых, создания единого сводного законодательного акта (Медицинского кодекса), а во-вторых - переработки ныне действующих нормативных правовых актов с той целью, чтобы они соответствовали данному Кодексу[[45]](#footnote-45).

Актуальность создания Медицинского кодекса РФ объясняется:

- необходимостью комплексного реформирования отечественного здравоохранения, в том числе его правового обеспечения;

- отсутствием в настоящее время научно-проработанной стратегии законотворчества в сфере медицины;

- несогласованностью нормативной базы здравоохранения федерального масштаба, субъектов федерации и муниципального уровня;

- стремлением обеспечить повышение уровня правовых знаний и правовой культуры медицинских работников;

- появлением большинства ныне действующих законов о здравоохранении до принятия Конституции РФ, выхода Гражданского Кодекса РФ и Уголовного кодекса РФ;

- необходимостью отчетливой правовой регламентации разных систем здравоохранения (государственной, муниципальной и частной) и др.

Следует стремиться к тому, чтобы в сфере здравоохранения появилась именно кодифицированная форма, систематизирующая все медицинское законодательство и устраняющая имеющиеся противоречия, порождаемые отсутствием системного подхода, тем самым, поднимая на более высокий уровень содержание нормативного материала.

Создание кодифицированного акта призвано решить следующие задачи:

1) объединить в максимально возможной степени в одном акте нормы, регулирующие весь комплекс разнообразных отношений по медико-социальной помощи населению, профилактике заболеваний человека;

2) раскрыть содержание права на жизнь и здоровье как основных прав человека;

3) закрепить единые принципы правового регулирования рассматриваемых отношений;

4) определить законодательную базу, ее соотношение с иными нормами и принципами, включая международные нормы и принципы;

5) разграничить полномочия Федерации, ее субъектов и муниципальных образований, их компетенцию по вопросам правового регулирования здравоохранительных правоотношений;

6) определить структуру органов управления здравоохранением и процедуру обжалования их действий;

7) указать источники и механизм финансирования здравоохранения в целом и отдельных видов медицинской помощи;

8) установить основные правила оказания медико-социальной помощи;

9) установить правовые режимы отдельных видов медицинской деятельности (инфузиология, трансплантология, биомедицинские исследования и др.);

10) определить механизм юридической ответственности за причинение вреда жизни или здоровью в связи с проведением различных медицинских вмешательств и манипуляций.

Решение демографических проблем требует усиления межведомственных мероприятий. В этих целях необходимо формирование единой государственной политики в области охраны репродуктивного здоровья, совершенствование и приведение в соответствие с международным законодательством отечественной законодательной базы, повышение доступности и качества оказания бесплатной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, а также при восстановлении репродуктивного здоровья, в том числе с применением вспомогательных репродуктивных технологий. В России несколько миллионов бесплодных семейных пар, однако каждая вторая такая семья при соответствующем лечении может иметь детей.

Одной из мер по преодолению сложившейся ситуации станет разрабатываемый в настоящее время рабочей группой при Комитете по охране здоровья проект федерального закона «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации», который будет отвечать современным требованиям охраны репродуктивного здоровья с учетом международных стандартов. Данное предложение прозвучало ещё В Комитете Государственной Думы по охране здоровья 08.12.2009, где прошел круглый стол на тему «Об охране репродуктивного здоровья населения Российской Федерации. Законодательные аспекты»[[46]](#footnote-46).

Министерство здравоохранения и социального развития РФ готовит два проекта документа, в рамках стратегии социально-экономическом развитии страны до 2020 года. Первый проект документа носит среднесрочный характер - это государственная программа развития здравоохранения, рассчитанная до 2012 года, прообразом которой явился и является, по сути, национальный проект.

Второй документ более стратегический и более долгосрочный - это концепция развития здравоохранения до 2020 года, которая должна будет вытекать из основных положений концепции социально-экономического развития до 2020 года. Необходимость подготовки этого долгосрочного документа связана, естественно, с решением задач долгосрочного развития, с решением тех задач, которые поставлены в концепции демографической политики до 2025 года.

Проект Концепции разработан в соответствии с положениями Послания Президента Федеральному Собранию Российской Федерации от 5 ноября 2008 года и предусматривает механизмы, обеспечивающие ответственность врачей и медицинских организаций за качество и результаты работы, а также поэтапный переход на полный тариф на медицинские услуги и на оказание всего объема медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования.

Проект Концепции развития здравоохранения до 2020 года направлен Минздравсоцразвития России на согласование в заинтересованные ведомства и представлен в Правительство Российской Федерации[[47]](#footnote-47).

После согласования с заинтересованными министерствами Российской Федерации, Министерством здравоохранения и социального развития будет организовано обсуждение проекта Концепции.

Целями развития здравоохранения являются:

- прекращение к 2011 году убыли населения Российской Федерации и доведение численности до 145 млн. человек к 2020 году;

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет;

- снижение общего коэффициента смертности до 10 (то есть в 1,5 раза по отношению к 2007 году);

- снижение показателя младенческой смертности до 7,5 на 1000 родившихся живыми (на 20% по отношению к 2007 г);

- снижение показателя материнской смертности на 100 000 родившихся живыми до 18,6 (на 15,7% по отношению к 2007 г);

- формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение распространенности употребления табака до 25% и снижение потребление алкоголя до 9 л в год на душу населения;

- повышение качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению Российской Федерации.

Задачами развития здравоохранения являются:

- создание условий, возможностей и мотивации населения Российской Федерации для ведения здорового образа жизни;

- переход на современную систему организации медицинской помощи;

- конкретизация государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;

- создание эффективной модели управления финансовыми ресурсами программы государственных гарантий;

- улучшение лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках системы обязательного медицинского страхования;

- повышение квалификации медицинских работников и создание системы мотивации их к качественному труду;

- развитие медицинской науки и инноваций в здравоохранении;

- информатизация здравоохранения[[48]](#footnote-48).

Выходом для достижения этих задач стал Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 30.07.2010 г.

Глава 4. Гарантии права на охрану здоровья

4.1 Сущность и система гарантий права на охрану здоровья

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в ст. 41 Конституции Российской Федерации. Но для того чтобы воплотиться в действительность, из декларированного превратиться в фактическое, другими словами, для того, чтобы каждый человек, которому адресовано данное право, мог им реально воспользоваться, необходимы предпосылки, формирующие благоприятную социальную и правовую среду, обстановку, а также специфические юридические средства и способы реализации. Эту обстановку, или среду, состоящую из объективных и субъективных факторов, а также конкретные средства и способы реализации создает институт гарантий реализации и охраны субъективного права, являющийся важнейшим инструментом их обеспечения.

Вопросам, связанным с сущностью и классификацией гарантий, в юридической литературе всегда уделялось много внимания, поскольку гарантии являются одним из важнейших элементов правового статуса человека, обеспечивают саму возможность его существования и реализации.

По справедливому мнению крупнейшего советского и российского ученого Н.И. Матузова, проблема прав человека сложна и многопланова, но главное в ней сегодня — не теоретическая разработка, не законодательное закрепление, не споры о дефинициях (хотя такая задача, конечно, не снимается), а создание необходимых условий, гарантий, предпосылок, механизмов реализации прав индивида, прежде всего, социально-экономических и личных, т. е. преодоление кризиса, причем на главном направлении. Именно это, как заявляет ученый, — наиболее слабое звено в проблеме, именно на это должны быть направлены усилия науки и практики. При этом важно, чтобы действовали не только юридические, но и социальные, политические, организационные и иные гарантии прав личности[[49]](#footnote-49).

Следует отметить особую важность гарантий реализации социальных прав, к которым относится право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Представляя собой так называемое позитивное право, оно превращается в ничто, в пустую фразу, не будучи реально обеспеченным разветвленной системой гарантий.

Конституционные гарантии права на охрану здоровья и медицинскую помощь занимают особое место в структуре юридических гарантий, поскольку носят отправной, базовый, фундаментальный характер. Конституционно-правовое обеспечение права на охрану здоровья и медицинскую помощь представляет собой совокупность норм конституционного законодательства, регламентирующих общие условия и предпосылки, а также конкретно-юридические способы и средства обеспечения рассматриваемого права. Конституционные гарантии политического характера зависят от уровня политического развития страны, организации власти в обществе, ее эффективности, проводимой ею политики. Политические гарантии включают в себя демократический, правовой характер государства (ч. 1 ст. 1), признание человека, его прав и свобод в качестве высшей ценности (ст. 2), народовластие, осуществляемое как непосредственно, так и через представителей в органах государственной власти и местного самоуправления (ст. 3)[[50]](#footnote-50).

В современной науке все гарантии подразделяют на политические, экономические, социальные и юридические[[51]](#footnote-51).

К важнейшим политическим гарантиям следует отнести разделение единой государственной власти на законодательную, исполнительную и судебную ветви (ст. 10), а также признание и гарантирование местного самоуправления (ст. 12). Каждый уровень власти в Российской Федерации обладает собственными полномочиями в сфере обеспечения здоровья и предоставления медицинской помощи.

Одной из важнейших политических гарантий является закрепление в Конституции политического многообразия и многопартийности (ч. 3 ст. 13). Следует отметить, что почти каждая политическая партия в качестве целей своей деятельности на политической арене выдвигает здоровье нации.

Конституция России провозглашает установление единства экономического пространства, свободного перемещения товаров, услуг и финансовых средств, поддержки конкуренции, свободы экономической деятельности, признания и защиты равным образом частной, государственной, муниципальной и иных форм собственности (ч. 1 и 2 ст. 8); недопущение экономической деятельности, направленной на монополизацию и недобросовестную конкуренцию (ч. 2 ст. 34)[[52]](#footnote-52).

Важным условием обеспечения реализации права на охрану здоровья и медицинскую помощь является социальное государство. Определение «социальное» означает интегрированную в совместной деятельности совокупность тех или иных свойств и особенностей общественных отношений данного общества индивидами или группами индивидов в конкретных условиях места и времени в отношениях людей друг к другу, своему положению в обществе, явлениям, процессам общественной жизни.

Социальное правовое государство, которым является Россия на основании ч. 1 ст. 1 и ч. 1 ст. 7 Конституции, представляет собой феномен, окончательную сущность которого трудно воплотить на практике.

Среди юридических гарантий прав личности принято различать гарантии реализации и гарантии охраны. К первым, как правило, относят пределы прав и свобод, их конкретизацию в текущем законодательстве, процессуальные формы реализации, меры поощрения и льготы для стимулирования правомерной и инициативной их реализации и т. д. Часто в состав юридических гарантий реализации включают юридические факты, с которыми связывается обладание и непосредственное пользование субъективными правами. Существует мнение, что юридические факты — это не просто «промежуточное звено» между нормой права и реализацией предусмотренных ею прав или свобод, а самостоятельный активный элемент процесса такой реализации, который опосредуется системой прав личности как материального, так и процессуального характера. Иными словами, реализация конкретных прав и свобод обусловлена прежде всего появлением определенных юридических фактов.

Вторую группу юридических гарантий составляют конституционный контроль и надзор, меры защиты и меры ответственности виновных за нарушение прав и свобод личности, процессуальные формы осуществления контроля и надзора, средства предупреждения и профилактики нарушений прав личности и другие правовые средства. Юридические гарантии эффективности реализации и охраны основ правового статуса человека и гражданина закреплены в ст. 15, 17, 18, 19 и других федеральной Конституции. Юридическое обеспечение конституционных прав и свобод в первую очередь предполагает установление высшей юридической силы и прямого действия Основного закона нашего государства, а также непротиворечия ему законов и иных правовых актов, принимаемых в Российской Федерации (ч. 1 ст. 15 Конституции РФ). Органы государственной власти и местного самоуправления, должностные лица, граждане и их объединения обязаны соблюдать Конституцию и законы (ч. 2 ст. 15 Конституции РФ), в противном случае беспрепятственное пользование правами и свободами будет затруднено. К числу общих юридических гарантий реализации прав и свобод человека и гражданина относится и норма, устанавливающая невозможность применения любых нормативных правовых актов, затрагивающих права, свободы и обязанности человека и гражданина, если они не опубликованы официально для всеобщего сведения (ч. 3 ст. 15 Конституции РФ)[[53]](#footnote-53).

Охранительные юридические гарантии, направленные на защиту прав и свобод личности, содержатся в ст. 45, 46, 47, 48 и других Конституции РФ. Например, положениями ч. 1 ст. 45 гарантируется государственная защита прав и свобод человека и гражданина в РФ а ч. 1 ст. 46 — судебная защита прав и свобод.

Каждый вправе защищать свои права и свободы всеми способами, не запрещенными законом (ч. 2 ст. 45), в том числе обжаловать в суд решения и действия (или бездействие) органов государственной власти, органов местного самоуправления, общественных объединений и должностных лиц (ч. 2 ст. 46), а также обращаться в межгосударственные органы по защите прав и свобод человека в соответствии с международными договорами РФ, если исчерпаны все имеющиеся внутригосударственные средства правовой защиты (ч. 3 ст. 46). Важнейшим средством обеспечения защиты конституционных прав и свобод выступает провозглашенное право каждого на возмещение государством вреда, причиненного незаконными действиями (или бездействием) органов государственной власти или их должностных лиц (ст. 53). Важнейшим юридическим средством обеспечения реальности прав и свобод человека является норма ч. 4 ст. 125 Конституции РФ, устанавливающая возможность конституционной индивидуальной жалобы граждан на нарушение конституционных прав и свобод[[54]](#footnote-54).

Специальные способы и средства обеспечения права на охрану здоровья закреплены в ст. 41 Конституции. К ним относятся:

— бесплатная медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохраненения;

— многообразие источников финансирования бесплатной медицинской помощи: средства соответствующих бюджетов, страховые взносы, другие поступления;

— финансирование федеральных программ охраны и укрепления здоровья населения;

— меры, направленные на развитие государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения;

— поощрение деятельности, способствующей укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию;

— юридическая ответственность должностных лиц за сокрытие фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей.

4.2 Защита права на охрану здоровья

Ранее были рассмотрены основные права граждан в области охраны здоровья и виды ответственности при их нарушении. В данном разделе следует остановиться на основных способах защиты прав граждан.

В соответствии с Конституцией РФ каждый гражданин может защищать свои права всеми способами, не запрещенными законом. Эти способы защиты должны быть направлены на пресечение правонарушения, устранение его последствий, а также воздействие на правонарушителя.

Гражданин вправе выбирать административную, досудебную или судебную формы защиты своих прав и свобод.

Пациент может обратиться с жалобой на действия государственного органа, общественной организации, должностного лица, нарушающие его права к вышестоящим в порядке подчиненности государственному органу, общественной организации, должностному лицу, что предполагает административный порядок разрешения возникшей конфликтной ситуации.

Вышестоящие, в порядке подчиненности, государственный орган, общественная организация, должностное лицо обязаны рассмотреть жалобу в месячный срок. По результатам рассмотрения жалобы может быть принято решение: удовлетворить жалобу, обоснованно отказать в ней полностью либо в части, передать жалобу другому органу на рассмотрение[[55]](#footnote-55).

Если пациенту в удовлетворении жалобы отказано или он не получил ответа в течение месяца со дня ее подачи, он вправе обратиться с жалобой в суд.

Жалоба может быть подана самим пациентом, права и свободы которого нарушены, или его представителем, а также по просьбе пациента – надлежаще уполномоченным представителем общественной организации (например, общества защиты прав потребителей медицинских услуг), трудового коллектива.

Результатом применения административного порядка может являться:

– признание права;

– восстановление положения, существовавшего до нарушения права;

– прекращение действий, нарушающих права;

– привлечение к административной ответственности лиц, виновных в нарушении, несоблюдении прав пациента.

Основанием применения досудебного порядка рассмотрения споров является факт нарушения прав пациента, причинения ущерба жизни и здоровью, сопровождаемый требованием пациента к администрации ЛПУ (врачу частной практики, СМО) об устранении нарушения его прав, о возмещении ущерба, причиненного некачественным оказанием медицинской помощи.

Обращение с жалобой не исключает права пациента одновременно обратиться с иском в суд по тому же вопросу. Такое же право сохраняется за пациентом и в том случае, если он не получил ответа на предъявленные им требования, либо полученный ответ не удовлетворяет его.

Виновная сторона в течение 30 дней должна рассмотреть жалобу пациента и дать свой ответ о полном либо частичном удовлетворении жалобы, либо об отказе в удовлетворении требований. Таким образом, выражение доброй воли виновной стороны на устранение допущенных ею нарушений чужих прав и интересов или договорных обязательств, на возмещение причиненного ущерба является определяющим признаком досудебного порядка урегулирования споров.

Разрешение спора в третейском суде

Судебная защита интересов требует немалых денежных затрат, знания процессуальных положений, связанных с оформлением исков и судебным разбирательством. В связи с этим часто используются альтернативные способы разрешения споров.

В российском законодательстве предусмотрена возможность защиты нарушенных или оспоренных гражданских прав в третейском суде (ст. 11 ГК РФ)[[56]](#footnote-56).

Третейский суд хотя и носит такое название, судебным органом не является и не входит в число органов, образующих судебную систему РФ. Он избирается участниками гражданско-правовых отношений для разрешения возникшего или возможного между ними в будущем конфликтов. Он носит общественный характер, не осуществляет правосудие и не обладает процессуальной формой рассмотрения дел. Третейские суды могут быть созданы как для разрешения споров между гражданами, так и экономических споров, участниками которых являются юридические лица и индивидуальные предприниматели.

Традиционно третейские суды делятся на суды, создаваемые для разрешения конкретного спора, и постоянно действующие (институциональные) третейские суды, представляющие собой органы, которым по соглашению сторон поручена организация рассмотрения конкретного спора, либо споров определенной категории дел.

Действующие в качестве негосударственного механизма разрешения споров, третейские суды, по сравнению с государственными, могут предоставлять участникам спора ряд преимуществ, таких как: быстрота и экономичность, отсутствие публичности в деятельности. В третейском суде стороны могу по своему усмотрению определить порядок разрешения споров. Дела в нем рассматриваются быстрее, при этом больше внимания обращается на разрешение конфликта, чем на соблюдение процедуры.

При рассмотрении споров по вопросам такой узкоспециализированной сферы человеческой деятельности, как здравоохранение, медицинское страхование особое значение имеет специализация в вопросах, касающихся фактических взаимоотношений сторон.

В целях осуществления наиболее эффективной защиты законных прав и интересов застрахованных граждан представляется целесообразным создание специализированных постоянно действующих третейских судов по рассмотрению споров, возникающих в системе здравоохранения.

Претензионный порядок урегулирование спора

Претензионный порядок является частным случаем (хотя и самым распространенным) досудебного порядка урегулирования спора. Это одна из форм защиты гражданских прав, которая заключается в попытке урегулирования спорных вопросов непосредственно между сторонами до передачи дела в суд.

Претензия представляет собой требование к лечебно-профилактическому учреждению о добровольном устранении нарушений прав пациента.

Претензия отправляется заказным или ценным письмом либо вручается под расписку. Ответ на претензию дается в письменной форме и подписывается руководителем или заместителем руководителя ЛПУ.

Обращение в прокуратуру

Генеральная прокуратура РФ – единая федеральная централизованная система органов, осуществляющих от имени России надзор за соблюдением Конституции РФ и исполнением законов, действующих на территории России.

Прокуроры в соответствии с процессуальным законодательством участвуют в рассмотрении дел судами, арбитражными судами, опротестовывают противоречащие закону решения, приговоры, определения и постановления судов.

Прокурор в установленном законом порядке принимает меры по привлечению к ответственности лиц, совершивших правонарушения. Запрещается пересылка жалобы в орган или должностному лицу, решения либо действия которых обжалуются.

Мировое соглашение сторон представляет собой одну из форм свободного волеизъявления сторон, один из способов добровольного урегулирования спора сторонами без применения государственного принуждения.

Мировое соглашение сторонами спора может совершаться как на досудебном этапе, так и при осуществлении судебной защиты права (внесудебные и судебные мировые соглашения).

Субъектами мирового соглашения чаще всего являются граждане, а также граждане и юридические лица, между которыми возник спор.

Мировые соглашения могут совершаться через представителя, право которого заключать мировое соглашение должно быть специально оговорено в доверенности (ст. 54 ГПК РФ)[[57]](#footnote-57).

Обращение в суд

Судебный порядок урегулирования споров применяется при разрешении конфликтных ситуаций возникающих между СМО и ЛПУ, другими юридическими лицами – участниками ОМС (арбитражных споров) и рассмотрении споров, возникающих между пациентом и лечебным учреждением (гражданских споров).

Заинтересованные лица могут обратиться в арбитражный суд или в суд общей юрисдикции непосредственно, не прибегая к досудебной процедуре урегулирования споров.

Систему судов общей юрисдикции составляют суды районные, республиканские, краевые, областные, Москвы, автономной области, автономных округов. В соответствии с Конституцией РФ высшим судебным органом является Верховный Суд РФ. Организация и деятельность судов общей юрисдикции определяются Федеральным конституционным законом от 31.12.1996 № 1-ФКЗ «О судебной системе в Российской Федерации» и ГПК РФ.

Суды общей юрисдикции рассматривают, как правило, гражданские дела, одним из участников которых является гражданин.

Действующее законодательство предусматривает две основные процедуры для защиты пациентом своих нарушенных прав в суде.

Во-первых, речь идет о производстве, возникающем из административно-правовых отношений. Основанием для возбуждения данного производства служит жалоба пациента, обращенная к компетентному судебному органу.

Результатом рассмотрения жалобы в судебном порядке может быть:

– признание обжалуемого действия (решения) незаконным;

– возложение обязанности удовлетворить требование пациента;

– восстановление нарушенного права

– привлечение к ответственности лиц, виновных в совершении действий (бездействии), принятии решений, приведших к нарушению прав пациента;

– отказ в удовлетворении жалобы[[58]](#footnote-58).

Во-вторых, защита прав пациента может осуществляться в порядке искового производства.

В соответствии с Гражданско-процессуальным кодексом, п. 2 ст. 17 Закона РФ «О защите прав потребителей» иски предъявляются по выбору потребителя:

– в суд по месту жительства истца (то есть потребителя);

– в суд по месту нахождения ответчики;

– в суд по месту причинения вреда.

Пациент вправе в принудительном порядке через суд взыскать с виновной стороны убытки, вызванные нарушением его прав, потребовать возмещения вреда, причиненного его здоровью, а также получить компенсацию за моральный вред, связанный с физическими и нравственными страданиями из-за неправомерного поведения или действия медицинских работников[[59]](#footnote-59).

Защитить нарушенные права пациент может самостоятельно или с помощью своего представителя. Самостоятельно защищать свои права могут совершеннолетние и дееспособные граждане-пациенты.

Права и охраняемые законом интересы несовершеннолетних в возрасте от 15-ти до 18-ти лет, а также граждан, признанных ограниченно дееспособными, защищаются в суде их родителями, усыновителями или попечителями.

Права и интересы несовершеннолетних, моложе 15-ти лет, и недееспособных защищают их законные представители – родители, усыновители или опекуны.

Граждане могут защищать свои права лично (самостоятельно обращаться с жалобой в ЛПУ, органы управления здравоохранением, в суд) или через своих представителей.

Адвокаты представляют интересы пациентов и юридических лиц в суде на основании ордера, выданного юридической консультацией.

Перед началом судебного разбирательства необходимо ознакомиться с документами, которые суд затребовал по ходатайству пациента у ответчика. При наличии оснований – ходатайствовать в письменной форме о назначении судебно-медицинской экспертизы. Пострадавший должен конкретизировать свои исковые требования, определить, какие вопросы должны быть отражены в заключении судебно-медицинской экспертизы. Исковые требования могут быть пересмотрены, дополнены или изменены в зависимости от результата судебно-медицинского заключения.

Суд на основе представленных и собранных доказательств проводит судебное разбирательство по заявленному иску. При удовлетворении исковых требований в стадии судебных прений пациент вправе подать ходатайство о возмещении причиненных убытков, если не было возможности указать их в исковом заявлении. В эти требования можно включить все расходы на ксерокопирование, проведенные экспертизы, оплату заказных писем, услуги юриста и прочие. Естественно, причиненные убытки должны быть документально подтверждены справками, квитанциями, кассовыми и товарными чеками и другими платежными документами.

Исковая давность есть срок, в течение которого гражданин вправе защитить свои права в суде. В соответствии со ст. 208 Гражданского кодекса РФ на требования по возмещению вреда, причиненного здоровью, исковая давность не распространяется. Однако ущерб, причиненный гражданину, может быть взыскан не более чем за трехлетний срок с момента предъявления иска.

Помимо заявления необходимо заявить ходатайство о том, чтобы суд в порядке досудебной подготовки истребовал с медицинского учреждения копию истории болезни, описание снимков, все документы, необходимые для проведения судебно-медицинской экспертизы.

Судебные расходы состоят из государственной пошлины и издержек, связанных с рассмотрением дела. Размер и порядок уплаты государственной пошлины устанавливаются законами о налогах и сборах.

По искам, связанным с нарушением их прав, согласно п. 2 ст. 46, п. 8 ст. 89 ГПК РФ, ст. 17 Закона «О защите прав потребителей», застрахованные освобождаются от уплаты государственной пошлины. Если судья отказывается принимать исковое заявление без оплаты госпошлины, следует получить об этом письменное определение суда, которое можно обжаловать в течение 10 дней в вышестоящий суд[[60]](#footnote-60).

Следует помнить, что гражданин полностью освобожден от уплаты госпошлины по искам, связанным с нарушением его прав, т. е. госпошлина не может быть с него взыскана ни при каких обстоятельствах, даже в случае проигрыша дела.

Заключение

Цель курсового исследования достигнута путём реализации поставленных задач. В результате проведённого исследования по теме: «Конституционное право граждан на охрану здоровья и вопросы его реализации» можно сделать ряд выводов:

Реформирование отечественного здравоохранения без разработки основательной и действенной правовой базы невозможно и нереально.

В юридической литературе высказывается точка зрения, согласно которой назрела необходимость принятия в ближайшем будущем Медицинского кодекса Российской Федерации. Факторами, которые вызывают указанную необходимость, являются быстрый рост числа юридических норм в сфере охраны здоровья, отсутствие строгих системных начал в медицинском законодательстве, появление нестыковок и противоречий в сфере его применения. Кодекс как правовая форма имеет несомненные преимущества перед другими нормативными правовыми актами. Содержащиеся в нем нормы напрямую регулируют соответствующие общественные отношения без конкретизации данных норм в других актах. В силу своей юридической природы, Кодекс способен полно и системно представить сферу отношений, которые сегодня складываются в предмет отрасли медицинского права.

Медицинский кодекс Российской Федерации в качестве нормативного правового акта, должен регулировать широкий круг отношений и устанавливать юридические институты в следующих направлениях: медико-санитарная помощь, медицинская помощь матери и ребёнку и планирование семьи, обеспечение граждан лекарственными средствами, правовой статус пациента, этико-правовой статус медицинского работника, медико-исследовательское право, медицинская экспертиза. Кодекс должен установить новый социальный стандарт - объём гарантированной медико-санитарной помощи.

В процессе кодификации должны быть решены определенные задачи по разработке научно-практических комментариев к ним, созданию доступных для массового пользователя предметных компьютерных баз данных с текстами нормативных правовых актов. Реализация этих задач будет содействовать повышению качества правового регулирования и тем самым повышению эффективности государственного управления в сфере здравоохранения. Мерой, способствующей более высокой эффективности законодательного регулирования охраны здоровья граждан, является повышение информированности общества, граждан, медицинской общественности и иных лиц о том, какие законопроекты рассматриваются в Государственной Думе и Совете Федерации. Это особенно важно в условиях малой доступности для граждан правовой информации, невозможности четко определить приоритетность действий норм одного акта перед нормами другого акта.

Представляется, что общим объединяющим признаком в деле правотворчества в сфере охраны здоровья граждан должен стать принцип «опережающей регламентации», в соответствии с которым лучше создать нормативный правовой акт до того, как общественные отношения сформировались произвольно, без учета государственной политики и общественных интересов.

В каком бы направлении ни развивалось нормотворчество, при формировании законодательства в столь важной сфере необходимо соблюдать следующие принципы:

- защита прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья и обеспечение государственных гарантий, связанных с этими правами;

- приоритет профилактических мер в сфере охраны здоровья граждан;

- доступность медико-социальной помощи населению;

- ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Но так же ясно, что одним переписыванием законов не возможно решить проблемы реализации права граждан на здоровье, медицинскую помощь. Требуется создание необходимых условий, гарантий, предпосылок, механизмов реализации прав индивида, прежде всего социально-экономических и личных, т. е. преодоление кризиса, причем на главном направлении – получении здоровых индивидуумов общества, При этом важно, чтобы действовали не только юридические, но и социальные, политические, организационные и иные гарантии прав личности.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ

1. Российская Федерация. Конституция (1993). Конституция Российской Федерации: офиц. Текст. – М.: Маркетинг, 2010 г.
2. Российская Федерация. Законы. Гражданский процессуальный кодекс РФ. от 14.11.2002 № 138-ФЗ. (правовая система Консультант плюс).
3. Российская Федерация. Законы. Трудовой кодекс Федерации: [ федер. закон принят Гос. Думой 21 дек.2001 г.: по состоянию на 7 февраля 2005г.]. – М.: Омега- Л, 2010 г.
4. Российская Федерация. Законы. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть 1 от 30.11.1994 № 51-ФЗ (правовая система «Консультант плюс»).
5. Российская Федерация. Законы. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.96 № 63-ФЗ.
6. Федеральным конституционным законом от 31.12.1996 № 1-ФКЗ (ред. от 27.12.2009) «О судебной системе в Российской Федерации».
7. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 30.07.2010 г. (вступил в силу 01.01.2011 г.).
8. Федеральный Закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средствах».
9. Федеральный закон от 29 декабря 2006 года № 256-ФЗ (ред. от 29.12.2010) «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей».
10. Федеральный Закон от 10.01.2002 № 7-ФЗ (ред. от 29.12.2010) «Об охране окружающей среды».
11. Федеральный закон от 10 января 2002 г. № 2-ФЗ «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне» (ред. от 27.12.2009 г.).
12. Федеральный закон от 30 марта 1999 № 52-ФЗ (ред. от 28.09.2010) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
13. Федеральный закон от 8 января 1998 г. №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» (ред. от 28.12.2010 г.).
14. Федеральный закон от 15.08.1996 № 114-ФЗ (ред. от 28.12.2010) «О порядке выезда из РФ и въезда в РФ».
15. Федеральный закон от 09.01.1996 № 3-ФЗ (ред. от 23.07.2008) «О радиационной безопасности населения».
16. Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ (ред. от 23.07.2008) «Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации».
17. Федеральный закон от 02.08.1995 г. № 122-ФЗ (ред. от 22.08.2004) «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов».
18. Федеральный Закон от 23.02.1995 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах».
19. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека ВИЧ-инфекции».
20. Федеральный закон от 19.05.1995 № 81-ФЗ (ред. от 24.07.2009) «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»
21. Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 23.11.2009) «О защите прав потребителей».
22. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1 (ред. от 25.11.2009 N 267-ФЗ).
23. Законом РФ от 15.05.1991 № 1244-1 (ред. от 24.07.2009) «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС».
24. Закон РСФСР от 19.04.91 г. № 1034-1 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
25. Закон РФ от 28.06.91 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».
26. Постановлением Правительства РФ от 10 апреля 2007 г. № 220 «О порядке оплаты в 2007 году расходов в иностранной валюте, связанных с лечением граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации».
27. Постановление Правительства РФ от 1 октября 1998 г. № 1142 (ред. от 10.05.2010) «О реализации отдельных норм ФЗ «О порядке выезда из РФ и въезда в РФ»».
28. Постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями».
29. Постановление Правительства РФ от 30 июля 1994г, № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».
30. Приказ Минздравсоцразвития от 08.09.2006 № 665 (ред. от 23.12.2008) «Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи» (зарегистрировано в Минюсте РФ 27.09.2006 № 8322).
31. Приказ Минздрава РФ от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

НАУЧНАЯ И УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О.Ю. Перспективы формирования законодательства в сфере охраны здоровья граждан // Главврач. - 2010. - № 3.
2. Герасименко Н.Ф. Проблемы и перспективы формирования законодательной базы в области охраны здоровья на федеральном и региональном уровнях // Управление здравоохранением. - 2009. - № 3.
3. Герасименко Н.Ф. Состояние и перспективы правового регулирования охраны здоровья населения Российской Федерации // Здравоохранение в Российской Федерации. - 2005. - № 2.
4. Квернадзе Р.А. Некоторые аспекты становления и развития законодательства в области здравоохранения // Государство и право. - 2004. - № 8.
5. Хабриевой, Ю.А. Концепции развития российского законодательства / Т.Я. Хабриевой, Ю.А. Тихомирова, Ю.П. Орловского. - М., 2004.
6. Матузов Н.И. Актуальные проблемы теории права. — Саратов: Изд-во Сарат. гос. академии права, 2003 г.
7. Материалы Научно-практической конференции на тему «**Проблемы совершенствования законодательства Российской Федерации о здравоохранении»,** прошедшей 22 ноября 2006 г. в Институте законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ.
8. Олейник Ч.Г. Необходимость систематизации законодательства в сфере охраны здоровья населения // «Черные дыры» в российском законодательстве. - 2009. - №5. - С.86-87.
9. Олейник Ч.Г. О систематизации законодательства об охране здоровья населения. Проблемы совершенствования законодательства Российской Федерации о здравоохранении (материалы научно-практической конференции. М.,20 ноября 2006 г). / Под ред. Хабриевой Т.Я. М.: Изд-во Юриспруденция. - 2007. - С.96-100.
10. Постатейный комментарий к Конституции Российской Федерации. / Под общ. ред. Кудрявцева Ю.В. - М.: Фонд «Правовая культура», 2009.
11. Путило Н.В. Законодательство субъектов Российской Федерации о здравоохранении // Журнал российского права. - 2008. - №2. - С.45.
12. Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. / Под редакцией профессора Сергеева Ю.Д. - М.: Претор, 2000.
13. Сергеев Ю.Д., Милушин М.И. Становление и теоретические проблемы российского законодательства о здравоохранении // Медицинское право. - 2005. - № 3.
14. Сергеев А.И. Конституционно-правовые основы системы гарантий права каждого на охрану здоровья и получение своевременной медицинской помощи // Право и жизнь. — 2007. — № 110 (5).
15. Черных В.Д. Здоровье населения - важнейший фактор социально-экономического развития общества /Информационно-аналитическое управление Аппарата Совета Федерации ФС РФ. - 2000.

3. ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ.

1. http://www.consultant.ru/search.
2. http://www.mcfr.ru/journals.
3. http://www.miloserdie.ru.
4. http://www.privivkam.net.
1. Российская Федерация. Конституция (1993). Конституция Российской Федерации: офиц. Текст. – М.: Маркетинг, 2010 г. С. 20. [↑](#footnote-ref-1)
2. Герасименко Н.Ф. Проблемы и перспективы формирования законодательной базы в области охраны здоровья на федеральном и региональном уровнях // Управление здравоохранением. - 2009. - № 3. ст. 38 [↑](#footnote-ref-2)
3. Федеральному закону от 15.08.1996 № 114-ФЗ (ред. от 28.12.2010) «О порядке выезда из РФ и въезда в РФ». С. 12. [↑](#footnote-ref-3)
4. Постановление Правительства РФ от 1 октября 1998 г. № 1142 (ред. от 10.05.2010) «О реализации отдельных норм ФЗ «О порядке выезда из РФ и въезда в РФ»». С. 27. [↑](#footnote-ref-4)
5. Постановлением Правительства РФ от 10 апреля 2007 г. № 220 «О порядке оплаты в 2007 году расходов в иностранной валюте, связанных с лечением граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации». С. 26. [↑](#footnote-ref-5)
6. Герасименко Н.Ф. Состояние и перспективы правового регулирования охраны здоровья населения Российской Федерации // Здравоохранение в Российской Федерации. - 2005. - № 2. С. 42. [↑](#footnote-ref-6)
7. Квернадзе Р.А. Некоторые аспекты становления и развития законодательства в области здравоохранения // Государство и право. - 2004. - № 8. С. 37. [↑](#footnote-ref-7)
8. Олейник Ч.Г. О систематизации законодательства об охране здоровья населения. Проблемы совершенствования законодательства Российской Федерации о здравоохранении (материалы научно-практической конференции. М.,20 ноября 2006 г). / Под ред. Хабриевой Т.Я. М.: Изд-во Юриспруденция. - 2007. - С. 97. [↑](#footnote-ref-8)
9. Хабриевой, Ю.А. Концепции развития российского законодательства / Т.Я. Хабриевой, Ю.А. Тихомирова, Ю.П. Орловского. - М., 2004. с. 109. [↑](#footnote-ref-9)
10. Хабриевой, Ю.А. Концепции развития российского законодательства / Т.Я. Хабриевой, Ю.А. Тихомирова, Ю.П. Орловского. - М., 2004. С. 98. [↑](#footnote-ref-10)
11. Сергеев А.И. Конституционно-правовые основы системы гарантий права каждого на охрану здоровья и получение своевременной медицинской помощи // Право и жизнь. — 2007. — № 110 (5). С. 34. [↑](#footnote-ref-11)
12. Постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями». С. 20. [↑](#footnote-ref-12)
13. Закон РФ от 28.06.91 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». С. 31. [↑](#footnote-ref-13)
14. Федеральный закон от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ (ред. от 23.07.2008) «Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации». С. 24. [↑](#footnote-ref-14)
15. Федеральный Закон от 10.01.2002 № 7-ФЗ (ред. от 29.12.2010) «Об охране окружающей среды». С. 11. [↑](#footnote-ref-15)
16. Федеральному закону от 30 марта 1999 № 52-ФЗ (ред. от 28.09.2010) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». С. 17. [↑](#footnote-ref-16)
17. Федеральным законом от 09.01.1996 № 3-ФЗ (ред. от 23.07.2008) «О радиационной безопасности населения». С. 25. [↑](#footnote-ref-17)
18. Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 23.11.2009) «О защите прав потребителей». С. 19. [↑](#footnote-ref-18)
19. Законом РФ от 15.05.1991 № 1244-1 (ред. от 24.07.2009) «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС». С. 21. [↑](#footnote-ref-19)
20. Законом РФ от 15.05.1991 № 1244-1 (ред. от 24.07.2009) «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС». С. 24. [↑](#footnote-ref-20)
21. Там же. С. 25. [↑](#footnote-ref-21)
22. Законом РФ от 15.05.1991 № 1244-1 (ред. от 24.07.2009) «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС». С. 30. [↑](#footnote-ref-22)
23. Там же. С. 35. [↑](#footnote-ref-23)
24. Федеральным законом от 10 января 2002 г. № 2-ФЗ «О социальных гарантиях гражданам, подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне» (ред. от 27.12.2009 г.). С. 22. [↑](#footnote-ref-24)
25. Материалы Научно-практической конференции на тему «**Проблемы совершенствования законодательства Российской Федерации о здравоохранении»,** прошедшей 22 ноября 2006 г. в Институте законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ. С. 45. [↑](#footnote-ref-25)
26. Федеральный закон от 02.08.1995 г. № 122-ФЗ (ред. от 22.08.2004) «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов». С. 12. [↑](#footnote-ref-26)
27. Федеральный закон от 02.08.1995 г. № 122-ФЗ (ред. от 22.08.2004) «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов». С. 30. [↑](#footnote-ref-27)
28. Федеральный закон от 02.08.1995 г. № 122-ФЗ (ред. от 22.08.2004) «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов». С. 34.. [↑](#footnote-ref-28)
29. Приказ Минздравсоцразвития от 08.09.2006 № 665 (ред. от 23.12.2008) «Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи» (зарегистрировано в Минюсте РФ 27.09.2006 № 8322). С. 40. [↑](#footnote-ref-29)
30. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 30.07.2010 г. (вступил в силу 01.01.2011 г.). С. 15. [↑](#footnote-ref-30)
31. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 30.07.2010 г. (вступил в силу 01.01.2011 г.). С. 18. [↑](#footnote-ref-31)
32. Российская Федерация. Законы. Трудовой кодекс Федерации: [ федер. закон принят Гос. Думой 21 дек.2001 г.: по состоянию на 7 февраля 2005г.]. – М.: Омега- Л, 2010 г. С. 201. [↑](#footnote-ref-32)
33. Там же. С. 202. [↑](#footnote-ref-33)
34. Там же. С. 203. [↑](#footnote-ref-34)
35. Федеральным законом от 19.05.1995 № 81-ФЗ (ред. от 24.07.2009) «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей». С. 14. [↑](#footnote-ref-35)
36. Федеральный закон от 29 декабря 2006 года № 256-ФЗ (ред. от 29.12.2010) «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей». С. 17. [↑](#footnote-ref-36)
37. Приказ Минздрава РФ от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста». С. 2. [↑](#footnote-ref-37)
38. Олейник Ч.Г. Необходимость систематизации законодательства в сфере охраны здоровья населения // «Черные дыры» в российском законодательстве. - 2009. - №5. - С.86-87. [↑](#footnote-ref-38)
39. http://www.miloserdie.ru [↑](#footnote-ref-39)
40. http://www.miloserdie.ru [↑](#footnote-ref-40)
41. http://www.privivkam.net [↑](#footnote-ref-41)
42. http://www.miloserdie.ru [↑](#footnote-ref-42)
43. Сергеев Ю.Д., Милушин М.И. Становление и теоретические проблемы российского законодательства о здравоохранении // Медицинское право. - 2005. - № 3. С. 39. [↑](#footnote-ref-43)
44. Сергеев Ю.Д., Милушин М.И. Становление и теоретические проблемы российского законодательства о здравоохранении // Медицинское право. - 2005. - № 3. С. 40. [↑](#footnote-ref-44)
45. Квернадзе Р.А. Некоторые аспекты становления и развития законодательства в области здравоохранения // Государство и право. - 2004. - № 8. С. 10. [↑](#footnote-ref-45)
46. http://www.mcfr.ru/journals [↑](#footnote-ref-46)
47. http://www.mcfr.ru/journals [↑](#footnote-ref-47)
48. http://www.mcfr.ru/journals [↑](#footnote-ref-48)
49. Матузов Н.И. Актуальные проблемы теории права. — Саратов: Изд-во Сарат. гос. академии права, 2003 г. С. 276. [↑](#footnote-ref-49)
50. Российская Федерация. Конституция (1993). Конституция Российской Федерации: офиц. Текст. – М.: Маркетинг, 2010 г. С. 3. [↑](#footnote-ref-50)
51. Хабриевой, Ю.А. Концепции развития российского законодательства / Т.Я. Хабриевой, Ю.А. Тихомирова, Ю.П. Орловского. - М., 2004. С. 199. [↑](#footnote-ref-51)
52. Российская Федерация. Конституция (1993). Конституция Российской Федерации: офиц. Текст. – М.: Маркетинг, 2010 г. С. 11. [↑](#footnote-ref-52)
53. Российская Федерация. Конституция (1993). Конституция Российской Федерации: офиц. Текст. – М.: Маркетинг, 2010 г. С. 7. [↑](#footnote-ref-53)
54. Сергеев Ю.Д., Милушин М.И. Становление и теоретические проблемы российского законодательства о здравоохранении // Медицинское право. - 2005. - № 3. С. 18. [↑](#footnote-ref-54)
55. Олейник Ч.Г. О систематизации законодательства об охране здоровья населения. Проблемы совершенствования законодательства Российской Федерации о здравоохранении (материалы научно-практической конференции. М.,20 ноября 2006 г). / Под ред. Хабриевой Т.Я. М.: Изд-во Юриспруденция. - 2007. - С.99. [↑](#footnote-ref-55)
56. Российская Федерация. Законы. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть 1 от 30.11.1994 № 51-ФЗ (правовая система «Консультант плюс»). С. 4 [↑](#footnote-ref-56)
57. Российская Федерация. Законы. Гражданский процессуальный кодекс РФ. от 14.11.2002 № 138-ФЗ. (правовая система Консультант плюс). С. 24. [↑](#footnote-ref-57)
58. Федеральным конституционным законом от 31.12.1996 № 1-ФКЗ (ред. от 27.12.2009) «О судебной системе в Российской Федерации». С. 39. [↑](#footnote-ref-58)
59. Российская Федерация. Законы. Гражданский процессуальный кодекс РФ. от 14.11.2002 № 138-ФЗ. (правовая система Консультант плюс). С. 35. [↑](#footnote-ref-59)
60. Российская Федерация. Законы. Гражданский процессуальный кодекс РФ. от 14.11.2002 № 138-ФЗ. (правовая система Консультант плюс). С. 45. [↑](#footnote-ref-60)