

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова»**

На правах рукописи

Нечаев Сергей Владимирович

**ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО
МЕЖДУНАРОДНОМУ И РОССИЙСКОМУ ПРАВУ:
КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ**

Специальность 12.00.05 – Трудовое право; право социального обеспечения

**Диссертация на соискание ученой степени
кандидата юридических наук**

Научный руководитель:
доктор юридических наук, профессор
М.В. Лушникова

Ярославль – 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
Глава 1. История правового регулирования медицинской помощи.....	17
§ 1. Правовое регулирование медицинской помощи в досоветский период.....	17
§ 2. Правовое регулирование медицинской помощи в советский период.....	32
§ 3. Правовое регулирование медицинской помощи в постсоветский период.....	45
Глава 2. Право на медицинскую помощь в международно-правовых актах, его соотношение с правами граждан в сфере охраны здоровья и отраслевая принадлежность.....	56
§1. Международные стандарты права на медицинскую помощь.....	56
§2. Правовая модель медицинской помощи Евразийского экономического союза.....	78
§3. Соотношение права на здоровье, права на охрану здоровья и права на медицинскую помощь.....	95
§4. Отраслевая принадлежность права на медицинскую помощь.....	113
Глава 3. Правовое регулирование бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации на современном этапе.....	127
§ 1. Актуальные проблемы правового регулирования бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации	127
§ 2. Право на выбор врача и медицинской организации.....	165
Заключение.....	179
Список использованной литературы.....	187

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Для каждого человека здоровье представляет собой особую ценность, непосредственно взаимосвязанную со всеми сферами жизнедеятельности. Одним из важнейших факторов, влияющих на состояние здоровья населения, является медицинская помощь. В Российской Федерации задача по обеспечению населения доступной и качественной бесплатной медицинской помощью обусловлена закрепленным в Конституции РФ статусом правового социального государства, а также сложившимися историческими традициями и необходимостью выполнения принятых международно-правовых обязательств. Произошедшая в начале 90-х гг. XX века смена общественно-политической и экономической формаций коренным образом затронула систему отечественного здравоохранения. Системные изменения в экономике потребовали поиска новых источников финансирования бесплатной медицинской помощи, что привело к переходу на систему обязательного медицинского страхования, вопрос о недостатках и реформировании которой остро стоит и в настоящее время. Проблемы организации доступной и качественной медицинской помощи, предоставляемой бесплатно, гарантии соблюдения прав граждан на ее получение остаются актуальным предметом научных дискуссий и диалога между государством и обществом. Однако при рассмотрении способов преодоления системных пороков в организации отечественной системы обязательного медицинского страхования нередко остается за кадром фундаментальный вопрос о целях его введения, а именно – реализации права граждан на бесплатную медицинскую помощь. Предлагаемые пути реформирования, например, в виде соплатежей со стороны населения при оплате медицинской помощи или дифференциации ее объемов по различным критериям, применяемые в зарубежных странах, требуют научного осмысления. Между тем, именно от понимания правовой природы и содержания права на бесплатную медицинскую помощь и смежных прав в сфере охраны здоровья зависит конкретный объем обязанностей государства по его реализации и выбор

соответствующих правовых механизмов для дальнейшего реформирования. Данная проблема тесно связана с международно-правовыми гарантиями прав граждан в сфере охраны здоровья. Однако в существующих научных исследованиях отсутствует единый подход к толкованию закрепленных в международно-правовых актах правах в сфере охраны здоровья.

Многообразие организационных форм предоставления бесплатной медицинской помощи в совокупности с функционирующей системой платной медицины выводят на первый план вопросы оптимизации межотраслевых связей права социального обеспечения. Существующие проблемы до конца не разрешил и принятый 21.11.2011 г. Федеральный закон РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее по тексту – ФЗ № 323), несмотря на то, что он сыграл немаловажную роль в правовом регулировании бесплатной медицинской помощи.

Перманентно продолжает стоять проблема отсутствия специальной защиты права на бесплатную медицинскую помощь в части ее доступности. Существуют сложности и при реализации более узких, но не менее значимых для граждан прав: на выбор врача и на выбор медицинской организации. Отсутствие комплексного исследования указанных вопросов и их значимость для определения дальнейших путей реформирования столь важной для государства, общества и каждого человека социальной сферы как здравоохранение и обусловило выбор темы диссертационной работы.

Степень научной разработанности проблемы. Основоположниками исследования теоретических и практических проблем правового регулирования медицинской помощи выступили дореволюционные ученые в области полицейского права. Среди них можно выделить И.Е. Андреевского, Н.Х. Бунге, В.Ф. Дерюжинского, В.В. Ивановского, И.Т. Тарасова и др. Фактически в данный период стали формироваться теоретические подходы к охране здоровья и медицинской помощи как государственной деятельности. С развитием фабричной медицины последняя через призму взаимоотношений между фабрикой и трудящимися стала предметом исследования таких специалистов как Е.М.

Дементьев, В.П. Литвинов-Фалинский, Н.А. Вигдорчик, В.Г. Яроцкий, А.М. Нолькен и др. Итогом их деятельности стало предложение и обоснование введения системы социального страхования. С приходом советской власти зарождавшееся социальное страхование подверглось критике. Народный комиссар социального обеспечения А.Н. Винокуров обосновал необходимость замены термина страхование на термин социальное обеспечение, в качестве составной части которого стала рассматриваться и медицинская помощь. В советский период теории права социального обеспечения (В.С. Андреев, К.С. Батыгин, Р.И. Иванова, В.А. Тарасова, М.Л. Захаров и др.) рассматривали медицинскую помощь в качестве составной части советского социального обеспечения, в рамках которого сформировалась модель советского здравоохранения с единым и бесплатным правом каждого на медицинскую помощь. В постсоветский период с переходом к рыночной экономике и введением системы обязательного медицинского страхования научные дискуссии вновь приобрели особую остроту. Право на бесплатную медицинскую помощь и правовое регулирование медицинской помощи вновь стали предметом исследований. Ученые в области права социального обеспечения (М.В. Лушникова, А.М. Лушников, Е.Е. Мачульская, В.П. Галаганов, Т.К. Миронова, М.Ю. Федорова, М.В. Филиппова, В.Ш. Шайхатдинов, Ю.В. Васильева и др.) исследовали право на охрану здоровья и проблематику бесплатной медицинской помощи, предоставляемой посредством механизмов обязательного медицинского страхования, социальной помощи и социального обслуживания. В постсоветский период по данной специальности были выполнены диссертационные исследования В.В. Власенковой, рассмотревшей право на охрану здоровья и право на медицинскую помощь в качестве социальных прав человека в блоке социально-экономических прав и проблемы предоставления бесплатной медицинской помощи, и П.П. Бутковского, исследовавшего проблемы медицинского страхования. Однако с момента выхода указанных диссертационных работ законодательство в сфере здравоохранения претерпело значительные изменения. В числе последних работ, затрагивающих отдельные

вопросы социально-страховых механизмов предоставления бесплатной медицинской помощи, можно отметить диссертационное исследование Н.В. Рощепко. Довольно большой массив диссертационных исследований выполнен по конституционно-правовому направлению (О.А. Еникеев, В.П. Бушуева, А.Ф. Антоненко, И.А. Колоцей, Т.Ю. Холодова, Е.И. Ращупкина и др.), в которых право на охрану здоровья и право на медицинскую помощь рассмотрены, в первую очередь, в качестве конституционно-правовых, и анализируются именно конституционно-правовые гарантии его реализации. В диссертационных работах по международному праву (В.Г. Борисова-Жарова, С.А. Баринов, Д.Г. Бартенев, А.А. Белоусова) рассмотрены права граждан в сфере охраны здоровья, закрепленные в источниках международного права, дана классификация источников по уровням регулирования.

Отдельно отметим, что большинством ученых исследуются теоретические и практические проблемы права на охрану здоровья и права на бесплатную медицинскую помощь. Право на здоровье, за редким исключением, упоминается чаще всего в качестве понятия, синонимичного праву на охрану здоровья. Исследования правовой природы права на здоровье, его соотношения с правами в сфере охраны здоровья до настоящего времени не проводились.

Существуют и другие проблемы, требующие своего разрешения. Так, несмотря на разработанность механизмов защиты социально-обеспечительных прав, в достаточной мере не исследованы способы защиты права на бесплатную медицинскую помощь.

Не умаляя достижений выполненных диссертационных исследований, необходимо отметить, что они затрагивали в основном отдельные аспекты правового регулирования бесплатной медицинской помощи, что влекло за собой пусть детальное, но в определенной степени локальное исследование той или иной проблемы. Отсутствие комплексных исследований правового регулирования бесплатной медицинской помощи свидетельствует о недостаточной разработанности темы диссертационного исследования. Сама проблема исследования действующей правовой модели отечественного здравоохранения с

позиций комплексного анализа законодательного регулирования бесплатной медицинской помощи по российскому и международному праву в разрезе правовой природы права на медицинскую помощь впервые ставится в науке права социального обеспечения в данном диссертационном исследовании.

Объектом диссертационного исследования выступают общественные отношения, опосредующие предоставление бесплатной медицинской помощи (посредством обязательного медицинского страхования, применения механизмов социальной помощи и социального обслуживания, путем государственного финансирования), а также право на бесплатную медицинскую помощь, право на охрану здоровья и право на здоровье с позиций их правовой природы.

Предметом исследования выступает комплекс теоретических и практических проблем правового регулирования бесплатной медицинской помощи. В работе исследуются положения российского законодательства, регулирующие вопросы охраны здоровья, обязательное медицинское страхование, социальную помощь и социальное обслуживание. В диссертации проведен анализ исторических актов в сфере здравоохранения, судебной практики, международно-правовых норм и зарубежного опыта по теме исследования.

Цель диссертационного исследования состоит в комплексном анализе права на бесплатную медицинскую помощь по российскому и международному законодательству и разработке теоретических положений и практических рекомендаций, направленных на совершенствование правового регулирования бесплатной медицинской помощи.

Основными задачами, поставленными для достижения цели диссертационного исследования, являются:

1. Выявить закономерности правового регулирования медицинской помощи в России в досоветский, советский и постсоветский периоды.
2. Исследовать природу и сущность права на здоровье, права на охрану здоровья и права на медицинскую помощь вообще, и бесплатную медицинскую помощь в частности, и установить их соотношение между собой.

3. Проанализировать особенности правовой модели медицинской помощи Евразийского экономического союза и установить механизм реализации прав на медицинскую помощь трудящихся Евразийского экономического союза и членов их семей.

4. Определить базовую конструкцию права на бесплатную медицинскую помощь и ее элементы.

5. Сформулировать рекомендации по совершенствованию правового регулирования действующей системы отечественного здравоохранения.

6. Дать предложение о способе защиты права граждан на бесплатную медицинскую помощь в контексте ее доступности.

7. Выявить правовую природу и назначение права на выбор врача и права на выбор медицинской организации.

8. Разработать механизм повышения доступности первичной медико-санитарной помощи при реализации права на выбор медицинской организации.

Методологическая основа исследования. При написании работы применялись общенаучный диалектический метод познания, универсальные научные методы (системного анализа, формально-логический и др.), специальные юридические методы (сравнительно-исторический, сравнительно-правовой, формально-юридический, правового моделирования и др.), а также использованы описание и анализ документов.

Нормативную основу исследования составили Конституция Российской Федерации, международно-правовые акты, федеральное законодательство Российской Федерации и подзаконные нормативные акты, а также отдельные, утратившие силу нормативные акты дореволюционного, советского и постсоветского периодов развития законодательства о медицинской помощи.

Эмпирическую основу исследования составили программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы обязательного и добровольного медицинского страхования, материалы судебной практики, в частности Конституционного суда Российской Федерации.

Федерации, Верховного суда Российской Федерации, решения по конкретным делам судов общей юрисдикции.

Теоретическую основу исследования составили монографии, учебники, диссертации, научные статьи ученых по праву социального обеспечения, трудовому праву: В.С. Андреева, Н.В. Антипьевой, А.В. Ануфриевой, Т.Ю. Барышниковой, К.С. Батыгина, П.П. Бутковского, М.О. Буяновой, Ю.В. Васильевой, В.В. Власенковой, В.П. Галаганова, И.В. Григорьева, К.Н. Гусова, А.Д. Зайкина, М.Л. Захарова, Т.В. Иванкиной, Р.И. Ивановой, Е.А. Истоминой, С.И. Кобзевой, М.И. Кучмы, Г.С. Лаптева, А.М. Лушникова, М.В. Лушниковой, Е.Е. Мачульской, Т.К. Мироновой, Н.А. Соколовой, М.Ю. Федоровой, М.В. Филипповой, В.Ш. Шайхатдинова, И.И. Шаманаевой, И.В. Шестеряковой и ряда других. При написании работы использовались научные труды и учебники специалистов по медицинскому праву (Ю.Д. Сергеева, А.А. Мохова, С.Г. Стеценко, А.Н. Пищиты, А.А. Глашева, Л.Ю. Гарина, Н.Г. Гончарова, Г.Р. Колоколова, Л.В. Кочоровой, Н.И. Махонько, В.И. Аكوпова, Г.Б. Романовского, И.А. Иванникова, Н.А. Рубановой, С.Ю. Сашко, Г.Б. Дерягина и др.), научные труды специалистов по гражданскому праву (К.В. Егорова, А.М. Эрделевского, А.В. Тихомирова и др.).

Комплексный характер исследования обусловил обращение к трудам дореволюционных ученых, в частности И.Е. Андреевского, Н.Х. Бунге, Н.А. Вигдорчика, Е.М. Дементьева, В.Ф. Дерюжинского, В.В. Ивановского, В.П. Литвинов-Фалинского, А.М. Нолькена, И.Т. Тарасова, В.Г. Яроцкого.

Тесная взаимосвязь способов реализации права граждан на бесплатную медицинскую помощь с финансовыми механизмами, а также сама специфика предмета исследования потребовала обращения к исследованиям ученых-экономистов, разрабатывающих данную проблематику, а также к трудам специалистов в области здравоохранения: С.П. Буренкова, Н.С. Григорьевой, В.А. Зеленского, Ф.Н. Кадырова, Е.Г. Катановой, П.И. Кузенко, И.П. Лидова, А.Л. Линденбратена, Л.А. Лошакова, Е.В. Манухиной, М.А. Мурашко, Д.В. Пивеня, М.В. Пирогова, В.Д. Роика, А.И. Романова, А.Ф. Серенко, В.И. Скворцовой, Г.Н.

Соболевского, В.И. Стародубова, И.В. Успенской, Т.В. Чубаровой, В.О. Флека и др.

Научная новизна диссертационного исследования обусловлена как самой постановкой современных проблем в сфере правового регулирования бесплатной медицинской помощи, так и комплексным подходом к их исследованию и разрешению.

Впервые на основании естественно-правовых и позитивистских подходов, а равно на анализе международно-правовых стандартов, раскрыты сущностные характеристики права на охрану здоровья, права на здоровье и права на медицинскую помощь, определена их правовая природа и соотношение между собой. Дано авторское определение права на здоровье.

Предложен дополнительный механизм решения актуальной проблемы специальной защиты права на бесплатную медицинскую помощь в части ее доступности, сформулированы предложения о совершенствовании законодательного регулирования более узких, но не менее значимых для пациентов прав, таких как: право на выбор врача и право на выбор медицинской организации.

На уровне диссертационного исследования впервые дана характеристика правовой модели медицинской помощи в рамках Евразийского экономического союза, определены перспективы ее развития.

Научная новизна диссертационного исследования отражается в следующих положениях, выносимых на защиту:

1. Проведенное историко-правовое исследование позволило выявить ряд правовых закономерностей в регулировании медицинской помощи в России. Эти выявленные закономерности и правовые модели медицинской помощи служат основой для оценки современного состояния правовой организации российской системы здравоохранения с позиций преемственности и новаций в правовом регулировании медицинской помощи:

- в рамках полицейского права до начала XX в. зародилась и начала формироваться правовая модель, основанная на принципах оказания медицинской

помощи по месту жительства (земская медицина) и по месту работы (цеховая медицина);

- в советский период с централизацией управления здравоохранением была реализована модель государственной системы здравоохранения с всеобщей бесплатной медицинской помощью;

- для постсоветского и современного периода характерна иная модель – модель страховой медицины, которая перманентно находится в стадии модернизации, т.к. в полной мере не отвечает страховым принципам.

Исторической особенностью развития отечественной системы здравоохранения в XX веке являлось сочетание принципов отрицания и преемственности достижений предыдущих общественно-экономических формаций. Отрицание выражалось в декларировании полного отказа от предыдущей организационной модели здравоохранения (1917 и 1991 гг.), преемственность - в видоизмененном сохранении отдельных принципов организации оказания медицинской помощи населению (сочетание территориально-участкового - по месту жительства и цехового - по месту работы и др.).

2. Сравнительный анализ содержания права на охрану здоровья и права на медицинскую помощь в международно-правовых актах и отечественном законодательстве позволил:

- выделить право на здоровье в качестве естественного права человека, принадлежащего ему с момента рождения, вне зависимости от того, будет оно нормативно закреплено или нет, иными словами, это право на неприкосновенность здоровья от любых негативных воздействий со стороны иных лиц, общества и государства;

- рассмотреть право на охрану здоровья в качестве позитивного социального права человека, для реализации которого необходимы соответствующие действия и признание со стороны государства, иными словами, это право на пользование результатами принимаемых государством мер различного характера, направленных на профилактику заболеваний, сохранение и укрепление

физического и психического здоровья каждого человека, предоставление ему медицинской помощи;

- определить право на медицинскую помощь в качестве одновременно и самостоятельного позитивного права и составной части права на охрану здоровья, т.е. как право на получение предоставляемой на безвозмездной и (или) возмездной основах медицинской помощи, направленной на поддержание и (или) восстановление здоровья.

Единство и взаимодействие вышеперечисленных прав можно определить следующим образом: право на здоровье в качестве естественного и неотчуждаемого права человека защищает здоровье как особую ценность (благо) человека от негативных воздействий и является предпосылкой права на охрану здоровья и права на медицинскую помощь, которые в качестве позитивных прав человека способствуют достижению наивысшего уровня физического и психического здоровья.

3. Установлено, что механизм реализации прав на медицинскую помощь трудящихся Евразийского экономического союза и членов их семей основан на международной унифицированной коллизионной норме с коллизионной привязкой закона места работы (*lex loci laboris*). Выявлено два способа их установления в праве Союза:

- в виде сложного права, формирующегося из права на доступ, выступающего в качестве предпосылки и правового основания для получения прав и обязанностей, установленных государством трудоустройства, и объема прав и обязанностей, содержание которых установлено законодательством соответствующего государства;

- в виде формирования и закрепления в праве Союза каталога самостоятельных прав, имеющих наднациональный характер.

Перспективы правовой модели медицинской помощи Евразийского экономического союза связываются, прежде всего, с интеграционными процессами на основе гармонизации законодательства государств-членов.

4. Законодательная конструкция права на бесплатную медицинскую помощь в действующем виде не предусматривает возможности введения в существующую систему обязательного медицинского страхования рыночных механизмов, присущих системам страхования, функционирующим в других государствах. Определены статические и динамические элементы права на медицинскую помощь, характерные для всех организационно-правовых форм социального обеспечения, в рамках которых населению предоставляется бесплатная медицинская помощь.

К первым (статическим) относятся сами характеристики права на бесплатную медицинскую помощь как права человека – бесплатность и равное (единое) содержание для каждого (каждой категории граждан).

Ко вторым (динамическим) относятся элементы, составляющие объем права на медицинскую помощь, изменение которых возможно путем внесения изменений в программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, либо специальное законодательство. К этим элементам относятся: перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно; перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно; категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно; финансовые показатели (средние нормативы объема медицинской помощи; средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи; средние подушевые нормативы финансирования; порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты), а также требования к Территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Указанные элементы, с одной стороны, позволят сохранить традиции отечественного здравоохранения в процессе его дальнейшего развития, а с другой стороны, очерчивают сами рамки реформирования.

5. Обоснована необходимость оптимизации межотраслевых связей права социального обеспечения и гражданского права с позиций рассмотрения обязательного и добровольного медицинского страхования как механизмов реализации единого права на медицинскую помощь в рамках бюджетно-страховой системы здравоохранения. Развитие здравоохранения по предложенной модели приведет, с одной стороны, к сохранению гарантированного государством права на бесплатную медицинскую помощь, а с другой стороны, позволит развивать страховую модель оказания медицинской помощи.

В этих целях предлагается разграничить в Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006, сферы применения обязательного и добровольного медицинского страхования, предусмотрев область действия последнего организацией предоставления медицинских и иных услуг исключительно сверх установленных программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

6. Выявлено, что механизм защиты прав граждан не предусматривает безусловной возможности их защиты в части доступности бесплатной медицинской помощи. Обоснована необходимость введения специального способа защиты права на доступную медицинскую помощь в виде возложения на уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения в случае установления при обращении граждан нарушений по вопросам доступности медицинской помощи, предоставляемой бесплатно, обязанности по организации своевременного получения необходимой пациенту медицинской помощи (при необходимости в другом медицинском учреждении). В связи с этим, предложено легализовать в Федеральном законе РФ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» указанный механизм.

7. Право на выбор врача и право на выбор медицинской организации определены в качестве сопутствующих праву на медицинскую помощь позитивных прав пациента, для реализации которых необходимо их признание со

стороны государства, определяющего объем их закрепления в национальном законодательстве. Обосновано предложение об исключении из действующей нормативно-правовой конструкции права на выбор врача указания на необходимость получения согласия врача на выбор пациента.

8. В целях обеспечения доступности медицинской помощи и обеспечении ее качества, на основании международно-правовых стандартов и исторических закономерностей, сделан вывод о необходимости введения территориального принципа при реализации права на выбор медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи. Территориальные границы следует определять уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения с учетом особенностей каждого населенного пункта на основании реально существующей потребности населения в получении медицинской помощи, с сохранением территориально-участкового принципа организации оказания медицинской помощи в рамках медицинских учреждений. Соответственно предлагается в Федеральном законе РФ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотреть «территориальный принцип» выбора медицинской организации.

Достоверность полученных результатов исследования обеспечивается комплексным анализом международно-правовых актов, устанавливающих право на охрану здоровья и право на бесплатную медицинскую помощь, и действующего законодательства Российской Федерации, регулирующего предоставление бесплатной медицинской помощи, а также практики Конституционного суда РФ, Верховного суда РФ, судов общей юрисдикции по предмету исследования.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Сделанные в диссертации теоретические выводы дополняют научные представления об обязательном медицинском страховании, механизмах защиты права граждан на бесплатную медицинскую помощь, предмете права социального обеспечения, о правовой природе права на здоровье, права на охрану здоровья, права на

бесплатную медицинскую помощь. Предложения автора по совершенствованию действующего законодательства могут быть учтены законодателем в процессе нормотворческой деятельности по совершенствованию законодательства, регулирующего предоставление бесплатной медицинской помощи. Возможно использование материалов диссертационного исследования в учебном процессе при чтении лекций по учебной дисциплине «Право социального обеспечения», а также специальных курсов, посвященных правовому регулированию медицинской помощи.

Апробация результатов диссертационного исследования. Диссертация обсуждена и одобрена на кафедре трудового и финансового права Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Отдельные результаты диссертационного исследования были доложены в ходе Международной научной конференции «Актуальные проблемы законодательной и правоприменительной практики», проводившейся в Ярославском государственном университете им. П.Г. Демидова (г. Ярославль, 2010 г.), II Международной научной конференции «Актуальные проблемы законодательной и правоприменительной практики», организованной на базе юридического факультета Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова (г. Ярославль, 2011 г.), отражены в материалах VI Международной научно-практической конференции «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования» (г. Пенза, 2019 г.) и Межвузовского научного конгресса «Высшая школа: научные исследования» (г. Москва, 2019 г.) и опубликованы в четырех научных статьях в сборниках, изданных по результатам указанных конференций и конгресса. Основные положения работы также были отражены в четырех научных статьях автора, опубликованных в изданиях из числа рекомендованных ВАК РФ.

Структура работы и ее содержание обусловлены целями и задачами диссертационного исследования. Диссертация состоит из введения, трех глав, объединяющих девять параграфов, заключения и списка использованной литературы.

Глава 1. История правового регулирования медицинской помощи

§1. Правовое регулирование медицинской помощи в досоветский период

В жизни каждого человека здоровье представляет собой одну из главных ценностей. Одним из важнейших факторов, влияющих на состояние здоровья населения вообще и каждого человека в частности, является медицинская помощь, уровень которой соответствовал тому или иному периоду исторического развития. Понимание современного состояния системы здравоохранения и перспектив ее развития невозможно без анализа медицинской деятельности в исторической ретроспективе с целью установления тенденций и закономерностей в становлении и развитии системы медицинской помощи.

Изначально, до принятия христианства, в Древнерусском государстве лечение осуществлялось с помощью народной медицины, которая была тесно связана с языческими обычаями. Н.А. Вигдорчик указывал, что «существовала масса всевозможных знахарей, колдунов и всякого рода самозванных лечителей, которые занимались лечением недугов у простого народа»¹. Н.Ф. Высоцкий применительно к народной медицине отмечает, что «первые зачатки ее кроются в глубокой доисторической древности и вызываются инстинктивными попытками самосохранения»².

Данный вид медицины сохранялся на Руси довольно долгое время наряду с появившимися позже другими видами медицины. Это была именно народная медицина, какого-либо нормативного закрепления в источниках права напрямую она не получила. М.Ю. Лахтин указывает, что «древнейшими памятниками медицинской письменности являются так называемые лечебники и травники. Эти

¹ Вигдорчик Н.А. Обеспечение рабочих на случай болезни (фабричная медицина и страхование). М., 1909. С. 5.

² Высоцкий Н.Ф. Очерки нашей народной медицины. М., 2012. С. 5.

врачебные рукописи долгое время были единственными источниками, из которых могли быть почерпнуты сведения о медицине»³.

Таким образом, появление первых форм оказания медицинской помощи не было обусловлено деятельностью государства и каким-либо регулированием. Первичным фактором в данном случае послужила сама потребность населения в медицинской помощи, вызванная биологическими свойствами организма человека. Необходимость получения медицинской помощи возникает независимо от государственного устройства и наличия или отсутствия какого-либо регулирования, в том числе нормативно-правового, в данной сфере. Соответственно и удовлетворение данной потребности на ранних этапах исторического развития, осуществляемое посредством народной медицины, не зависело от государственной деятельности.

С принятием православия христианская религия стала играть большое значение в жизни Древнерусского государства. Вполне естественно, что церковь не могла оставаться в стороне от организации оказания медицинской помощи. В.В. Ивановский применительно к деятельности церкви в сфере медицинской помощи указывает: «Чтобы не уронить своего авторитета, духовенство действительно предпринимало те или другие меры против болезней; так оно устраивало лечебницы, отделяло больных от здоровых...»⁴. В.Ф. Дерюжинский отмечает, что «появление врачебного искусства в старой Руси было одним из последствий принятия христианства»⁵.

И.Е. Андреевский указывает, что «в России больницы первоначально учреждались заботами наших иерархов. Устраивавшиеся при архиерейских домах и церквях странноприимные дома и лечебницы доставляли обеспечение здоровья странникам. Этот обычай призывать заболевших богомольцев и теперь сохраняется многими нашими монастырями»⁶.

³ Лахтин М.Ю. Старинные памятники медицинской письменности: Дословный текст лечебника, хранящегося в Московской Патриаршей библиотеке. М., 2012. С. 3.

⁴ Ивановский В.В. Учебник административного права (Полицейское право. Право внутреннего управления). Казань, 1907. С. 235.

⁵ Дерюжинский В.Ф. Полицейское право: пособие для студентов. СПб., 1911. С. 289.

⁶ Андреевский И.Е. Полицейское право. Сочинение. Т. 1. СПб., 1871. С. 266.

В связи с этим и нормы, упоминающие деятельность больниц и врачей, нашли свое отражение в памятнике древнерусского права, посвященном деятельности церкви – «Уставе Святого князя Володимира, крестившего Русьскую землю, о Церковных судах» (Синодальная редакция)⁷, который прямо относил лекарей к церковным людям, а больницы к ведению церкви.

Таким образом, появление монастырской медицины как формы удовлетворения потребности в медицинской помощи было обусловлено принятием Христианства и влиянием Православной Церкви на все сферы жизнедеятельности государства. При этом закрепление в Церковном Уставе статуса лекарей и больниц при монастырях свидетельствует о признании в определенной степени со стороны государства важности монастырской медицины. Р.Н. Жаворонков отмечает, что «начиная с крещения Руси (Устав 996 г.) до середины XVI века правовыми актами было установлено, что организация помощи, основной формой которой являлась милостыня, была возложена на церковь»⁸.

Становление городской медицины происходило на основании тех же тенденций, что и в Европейских странах. Применительно к последним И.Т. Тарасов указывает, что «медицинская часть начинает впервые организовываться в средневековых городах, где учреждаются городские физикаты с входящими в состав их т.н. физиками»⁹.

И в нашем государстве образование городской медицины стало возможно с появлением обладающих соответствующими знаниями людей, удовлетворявших потребность в медицинской помощи. В.В. Ивановский указывает на приглашение светских врачей в городские общины¹⁰.

Хорошо отметил принципиальные различия между городской и церковной медициной В.Ф. Дерюжинский: «...в эпоху великого князя Ярослава

⁷ Российское законодательство X-XX веков: в 9 т.: Законодательство Древней Руси. т. 1/ отв. ред. В.Л. Янин; под общ. ред. О.И. Чистякова. М., 1984. С. 148.

⁸ Жаворонков Р.Н. Правовое регулирование труда и социального обеспечения инвалидов в Российской Федерации: дисс. ... д-ра юрид. наук. М., 2014. С. 19.

⁹ Тарасов И.Т. Очерк науки полицейского права. М., 1897. С. 372.

¹⁰ Ивановский В.В. Указ. соч. С. 236.

Владимировича на Руси существовали вольные врачи и вольная врачебная практика – практика «возмездная», в противоположность «безвозмездной» церковной медицине, ютившейся под сенью монастырей»¹¹.

О существовании в Древней Руси возмездной медицинской помощи свидетельствуют и одни из первых источников древнерусского законодательства.

Так, из ст. 2 краткой редакции Русской Правды (текст по Академическому списку «Правда Роськая»)¹² следует: «оже ли себе не может мьстити, то взятии ему за обиду 3 гривне, а летцю мьзда».

Таким образом, из данной статьи, во-первых, следует, что в рассматриваемый период были специальные люди, оказывающие медицинскую помощь – лекари, а во-вторых, в ней упоминается платная помощь лекаря, то есть фактически медицинская помощь, носившая возмездный характер.

О существовании возмездной медицинской помощи упоминается и в ст. 30 пространной редакции Русской правды («Суд Ярославль Володимерич Правда Русьская»¹³). В ней указано: «Аже ударить мечемь, а не утнеть на смерть, то 3 гривны, а самому гривна за рану, (о)же лечебное; потнеть ли на смерть, а вира».¹⁴

Понятно, что в контексте указанных статей речь идет о получении потерпевшим с виновного за полученные травмы денежной суммы на медицинскую помощь. Однако, пусть и в определенном контексте и при определенных обстоятельствах, но имело место упоминание в законодательстве о плате за лечение, то есть о платной медицинской помощи, оказываемой специальными людьми – лекарями. При этом размер платы лекарю не был определен в законе.

Народная, монастырская и светская медицина существовали практически в неизменном виде до момента вмешательства со стороны государства, произошедшего в первой половине XVII века.

¹¹ Дерюжинский В.Ф. Указ. соч. С. 290.

¹² Российское законодательство X-XX веков: в 9 т.: Законодательство Древней Руси. т. 1. С. 47.

¹³ Там же. С. 64.

¹⁴ Там же. С. 66.

Рассматривая соотношение указанных видов медицинской помощи, можно согласиться с мнением С.Г. Стеценко, который указал, что «есть много факторов, свидетельствующих о том, что наиболее качественно она осуществлялась в светской (городской) медицине».¹⁵

Также в литературе указывается на объединение существовавших видов медицинской помощи единой христианской религией.¹⁶

Делая определенные выводы, касающиеся медицины Древнерусского государства, необходимо отметить ряд моментов.

1. Медицина в Древней Руси существовала в различных формах. Появление первых форм оказания медицинской помощи было вызвано самой потребностью в ее получении и изначально не было обусловлено государственным регулированием данной сферы.

2. Непосредственно законов, посвященных медицинской деятельности в рассматриваемый период времени, не было. В отдельных нормах «Русской правды» косвенно упоминается светская медицина, а «Церковный Устав» Владимира Святославовича закреплял медицинскую помощь в рамках монастырской медицины. При этом народная медицина регулировалась в основном на основании обычаев и традиций.

3. Качество медицинской помощи какому-либо правовому воздействию не подвергалось.

Для дальнейшего развития медицинской помощи требовалось регулирование со стороны государства. В.В. Ивановский указывает, что «лишь с упрочением абсолютного государства начинается госуд. деятельность, направленная к попечению о народном здоровье»¹⁷.

В.Ф. Дерюжинский указывает на учреждение в начале XVII-го Аптекарского приказа, т.е. центрального правительственного установления, в котором сосредоточилось ведение всего врачебного дела¹⁸.

¹⁵ Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Очерки медицинского права. М., 2004. С. 9.

¹⁶ См. подр.: Войду в дом для пользы больного (О служении врача). М., 2007. С. 22.

¹⁷ Ивановский В.В. Указ. соч. С. 236.

¹⁸ См. подр.: Дерюжинский В.Ф. Указ. соч. С. 293.

Таким образом, необходимо отметить, что первичное государственное регулирование медицинской помощи осуществлялось посредством введения механизмов управления и контроля, выразившихся в построении системы контроля за уже существовавшей системой медицинской помощи путем выдачи разрешений на право заниматься медицинской деятельностью, и путем контроля за качеством лечения.

Следующие значительные изменения в вопросах медицины и ее законодательного регулирования произошли во времена правления Петра I и, в первую очередь, в области государственного управления здравоохранением.

Одним из первых и важнейших нормативно-правовых актов времен Петра I, регламентирующих отдельные вопросы медицинской помощи, был Воинский Устав от 30 марта 1716 года¹⁹. Фактически вопросам медицинской помощи в нем посвящена 33 глава, которая называлась «О аптеке, о полевых докторях, аптекарях и лекарях и их должности». И если первые четыре части главы 33 регламентируют права и обязанности доктора, полевого аптекаря, штаб-лекаря и полкового лекаря, то из части 5 рассматриваемой главы следует, что медицинская помощь в войсках оказывалась бесплатно, а медицинский персонал работал за жалованье. В то же время существовали и исключения, когда медицинская помощь оказывалась за плату. Это касалось офицеров, заболевших венерическими заболеваниями или получившими раны в драке, а не на службе Государя. В то же время урядников и рядовых лечили бесплатно в любых случаях.

Таким образом, уже в указанный временной период был введен принцип дифференциации условий оказания медицинской помощи по признаку возмездности в зависимости от категории болезней и статуса лиц, претендующих на оказание медицинской помощи.

В соответствии с Указом от 24 декабря 1735 года № 6852 «Генеральный регламент о госпиталях и о должностях, определенных при них Докторов и прочих Медицинского чина служителей, также Комиссаров, писарей, мастеровых,

¹⁹ ПСЗ РИ, с 1649 года. Спб., 1830. Т. V. 1713-1719, № 3006.

работных и прочих к оным подлежащих людей»²⁰ были определены категории больных, получающих медицинскую помощь в соответствующих госпиталях. Фактически данный Указ являлся комплексным актом, регламентирующим различные вопросы в сфере здравоохранения. Им регламентировались вопросы устройства медицинских госпиталей, порядок пребывания в них больных, количественное соотношение докторов и учеников, другие организационные вопросы.

В то же время необходимо отметить, что вышеуказанные законодательные акты регламентировали вопросы оказания медицинской помощи именно военным, а медицинская помощь гражданским лицам оставалась на втором плане. И.Е. Андреевский объясняет это отсутствием врачей и недостатком денежных средств²¹.

В дальнейшем существенные изменения в регламентации медицинской деятельности в России произошли во времена правления Екатерины II.

В соответствии с Указом Екатерины II от 12 ноября 1763 года «Об учреждении коллегии медицинского факультета с разделением на два Департамента и о бытии оной в особливом ведении Ея Императорского Величества»²² вместо медицинской канцелярии была создана Медицинская коллегия, состоявшая из коллегии докторского и лекарского искусства, а также канцелярии, занимавшейся экономическими и др. вопросами.

Таким образом, уже в рассматриваемый период времени на законодательном уровне произошло закрепление разделения двух функций – непосредственно медицинской и организационной, направленной на обеспечение первой.

Дальнейшие шаги в сфере правовой регламентации медицинской помощи произошли с принятием 7 ноября 1775 года Учреждения о губерниях, первая часть которого называлась «Учреждения для управления Губерний

²⁰ ПСЗ РИ. Первое собрание. (1649-1825). Т. 9. № 6852.

²¹ См. подр.: Андреевский И.Е. Указ. соч. С. 266-267.

²² ПСЗ РИ (1649-1825). Т. 16. № 11.964.

Всероссийской Империи часть первая»²³. В.Ф. Дерюжинский подчеркивает, что «это была первая у нас серьезная попытка создать известную систему, организацию общественного призрения»²⁴.

Медицинские учреждения в указанной системе действовали в рамках приказа об общественном призрении, которому была посвящена глава XXV (О приказе общественного призрения, и его должности) вышеуказанного нормативного акта. В литературе отмечается важность появления медицины приказов общественного призрения в качестве новой системы помощи бедным и нуждающимся²⁵. Н.Х. Бунге указывал, что «благотворительность составляет бесспорно одно из самых чистых проявлений индивидуальной и общественной нравственности»²⁶.

Медицинская помощь социально незащищенным слоям населения регулировалась в вышеуказанном нормативном акте в разделе, регламентирующем деятельность медицинских учреждений, что свидетельствует о том, что в рассматриваемый период времени медицинская помощь была тесно связана с социальной заботой о населении. Е.А. Сигида, И.Е. Лукьянова указывают, что «к концу XIX столетия сеть благотворительных обществ и заведений в стране составляла более 14 тысяч институтов социального призрения, в том числе в губерниях европейской России их было почти 11 тысяч»²⁷. Однако В.Ф. Дерюжинский указывал на недостаточность принимаемых мер для оказания помощи всем нуждающимся²⁸.

Первым комплексным нормативным актом в сфере медицинской деятельности стал Врачебный Устав 1857 года²⁹.

²³ ПСЗ РИ. Первое собрание (1649-1825). Т. 20. № 14.392.

²⁴ Дерюжинский В.Ф. Заметки об общественном призрении. Вопросы науки, искусства, литературы и жизни № 10. М., 1897. С. 73.

²⁵ См. подр.: Стеценко С.Г., Пицита А.Н., Гончаров Н.Г. Указ. соч. С. 31.

²⁶ Бунге Н.Х. Полицейское право. Государственное благоустройство. Том II. Курс, читанный в Университете Св. Владимира. Киев, 1877. С. 236.

²⁷ Сигида Е.А., Лукьянова И.Е. Теория и методология практики медико-социальной работы: монография. М., 2013. С. 84.

²⁸ См. подр.: Дерюжинский В.Ф. Заметки об общественном призрении. С. 76.

²⁹ СЗ РИ. Том тринадцатый. Уставы о народном продовольствии, общественном призрении, и врачебные. Спб., 1857.

Данный Устав состоял из 3 книг: первая – «Учреждения врачебные»; вторая – «Устав медицинской полиции»; третья – «Устав судебной медицины».

Раздел первый книги первой был посвящен вопросам управления медициной, отделение второе Врачебного устава было посвящено вольнопрактикующим врачам, и был продолжен курс, направленный на контроль за их деятельностью. В ст. ст. 91-111 Устава, был определен порядок назначения врачей на должности.

Книга 2 Врачебного устава «Устав медицинской полиции» регламентировала деятельность и задачи Медицинской полиции. Ст. 833 Устава среди задач Медицинской полиции устанавливала ограждение здоровья народного от всего, что может иметь вредное на него действие.

И.Е. Андреевский отмечает произошедшие изменения: «стали держаться другой системы: устраивать в губернии по 2 или по 3 окружных госпиталя, а в некоторых местечках иметь временные приемные покои»³⁰.

То обстоятельство, что в указанный период времени вопросы организации и контроля за оказанием медицинской помощи были отнесены к ведению медицинской полиции, обусловило тот факт, что вопросы медицинской помощи стали предметом научных исследований специалистов по полицейскому праву. А.М. Лушников, М.В. Лушникова указывают, что «формирование науки права социального обеспечения осуществлялось в начале в основном в рамках науки полицейского (административного) права и гражданского права, а затем с появлением страхования рабочих – в рамках зарождающейся науки трудового права»³¹. Именно в рамках указанных исследований зародилась и начала формироваться правовая модель, основанная на принципах оказания медицинской помощи по месту жительства (земская медицина) и по месту работы (цеховая медицина), которая будет рассмотрена ниже.

³⁰ Андреевский И.Е. Указ. соч. С. 267.

³¹ Лушников А.М., Лушникова М.В. Российская школа трудового права и права социального обеспечения: портреты на фоне времени (сравнительно-правовое исследование): монография: в 2 т. Т. 1. Ярославль, 2010. С. 14.

Фактически возложив на Министерство внутренних дел задачи в сфере охраны здоровья граждан, государство еще в большей степени взяло на себя ответственность в рассматриваемой области. Необходимо отметить, что среди ученых, занимавшихся проблемами полицейского права, существовали различные подходы к пониманию деятельности государства в области охраны здоровья. Но общим среди них было выделение двух основных составляющих: создание условий, способствующих защите здоровья от различных угроз, и создание условий, способствующих восстановлению здоровья в случае болезней и других его нарушений³². Фактически в данный период стали формироваться теоретические подходы к охране здоровья и медицинской помощи как государственной деятельности.

С созданием земского самоуправления произошли и изменения в системе здравоохранения. 01 января 1864 года было утверждено Положение о губернских и уездных земских учреждениях³³, подп. VII п. 2 Главы 1 которого относил к делам подлежащих ведению земских учреждений в губерниях и уездах участие в попечении о народном здравии.

25 мая 1864 года были утверждены Правила о порядке приведения в действие Положения о земских учреждениях³⁴, которые в п. 109 определили порядок передачи дел от приказов общественного призрения к Губернской Земской Управе.

Н.Т. Ерегина отмечает, что «с земской деятельностью в медицинскую практику России стало внедряться много нового и прогрессивного. В 70-е годы XIX в. на смену разъездной системе пришла новая, стационарная система. На селе начали создаваться врачебные и фельдшерские (акушерские) участки. Первое время достаточно большие, в среднем по России – 4860 кв. верст, в 1888 г. – 1805

³² См. подр.: Ивановский В.В. Указ. соч. С. 233; Тарасов И.Т. Указ. соч. С. 359.

³³ ПСЗ РИ (1825-1881). Т. XXXIX. Часть 1. № 40457.

³⁴ ПСЗ РИ (1825-1881). Т. XXXIX. Часть 1. № 40934.

кв. верст. В центре участка открывались больницы с амбулаториями. Это знаменовало начало участкового обслуживания сельского населения»³⁵.

Данный исторический период представляет отдельный интерес в силу выхода на одну из важных ролей полномочий регионов по организации здравоохранения. В каждом регионе была своя специфика, но в большинстве случаев изменения были прогрессивными.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что фактически в рамках модели земского здравоохранения был реализован дифференцированный подход в организации оказания медицинской помощи в зависимости от конкретного региона, с наделением органов земского самоуправления соответствующими полномочиями.

В то же время, как указывает И.Е. Андреевский: «В тех губерниях, где земские учреждения не введены, действуют: врачебная управа (инспектор, оператор и акушер), комитет общественного здравия и оспенный комитет»³⁶.

Следующим шагом в развитии медицинской помощи стало формирование и развитие фабричной медицины, которая, как отмечает Е.М. Дементьев, «прошла все те же стадии развития, как и на Западе»³⁷. Н.А. Вигдорчик отмечает, что «когда мелкое самостоятельное производство уступило место системе наемного труда, риск профессиональной работы переместился с работника на работодателя. Субъект профессионального риска отделился от объекта этого риска»³⁸. В.П. Литвинов-Фалинский отмечает, что «первое указание о врачебной помощи рабочим относится к 1866 году и было вызвано совершенно случайным обстоятельством, а именно эпидемией холеры».³⁹ В результате 26 августа 1866 года было утверждено положение Комитета Министров «Об устройстве при

³⁵ Ерегина Н.Т. Из истории «общественной медицины» России// Новости здравоохранения. 2006. № 2. С. 9.

³⁶ Андреевский И. Е. Указ. соч. С. 159.

³⁷ Дементьев Е.М. Фабрика, что она дает населению и что она у него берет. М., 1897. С. 250.

³⁸ Вигдорчик Н.А. Опасность промышленного труда. Основные выводы из статистики профессионального травматизма. СПб., 1913. С. 2-3.

³⁹ Литвинов-Фалинский В.П. Фабричное законодательство и фабричная инспекция. Изд. 2-е, испр. и доп. М., 1904. С. 239-240.

фабриках и заводах в Московской губернии больничных помещений»⁴⁰, в соответствии с которым постановлялось в качестве временной меры, устроить при фабриках и заводах, имеющих тысячу рабочих, больничное помещение на десять кроватей, выше тысячи – на пятнадцать и более, ниже тысячи – на пять и более кроватей, по расчету 1% на 100 человек.

М.В. Лушникова, А.М. Лушников отмечают, что «это была попытка организовать так называемое нестраховое обеспечение больных рабочих»⁴¹. Н.А. Вигдорчик видел суть фабричной медицины, в том числе в том, что забота о поиске врачей лежит не на отдельных рабочих, а в целом на предприятии⁴².

Д.Б. Гусаков на основе анализа статистических данных отмечает, что «врачебной помощью пользовались около 70% всего числа рабочих. В значительной степени лишены этой возможности были рабочие мелких фабрик»⁴³.

При этом владельцы небольших фабрик ссылались на отсутствие финансовых возможностей. Так, в литературе приводится случай, когда владелец спичечной фабрики, имеющей до 30 рабочих, указывал, что устройство больницы равносильно закрытию его заведения⁴⁴.

Еще одной проблемой, связанной с гарантиями оказания медицинской помощи фабричным рабочим, стало принятие 03.06.1886 года «Правил о надзоре за заведениями фабричной промышленности и о взаимных отношениях фабрикантов и рабочих»⁴⁵, установивших, что при найме на неопределенный срок каждая из сторон должна была за две недели известить о своем намерении

⁴⁰ ПСЗ РИ. Собрание третье. 1884. Т. 4. № 43594а. Дополнение к Т. 41 второго полного собрания законов Российской Империи.

⁴¹ Лушникова М.В., Лушников А.М. Курс права социального обеспечения. М., 2009. С. 182.

⁴² См. подр.: Вигдорчик Н.А. Обеспечение рабочих на случай болезни (Фабричная медицина и страхование). С. 6.

⁴³ Гусаков Д.Б. История пенсионного обеспечения и социального страхования в России: учебное пособие. СПб., 2010. С. 96-97.

⁴⁴ Кобеляцкий А.И. Справочная книга для чинов фабричной инспекции, фабрикантов и заводчиков. Полный сборник узаконений о найме рабочих на фабрики, заводы и мануфактуры, о взаимных отношениях фабрикантов и рабочих, о фабричной инспекции, о надзоре за заведениями фабрично-заводской промышленности. СПб., 1898. С. 34.

⁴⁵ ПСЗ РИ. Собрание третье. Т. VI. № 3769.

расторгнуть договор. Н.А. Вигдорчик указывал, что это приводило к увольнению рабочих в случае их болезни⁴⁶.

В это же время наряду с фабричной медициной продолжала существовать городская и земская медицина. Анализируя городскую медицину, необходимо отметить «Городовое Положение»⁴⁷, которое в п. «V» ст. 2 к предметам ведомства городского общественного управления относилось попечение о призрении бедных по прекращении нищенства и устройство благотворительных и лечебных заведений и заведование ими на одинаковых с земскими учреждениями основаниях.

02.06.1903 года были утверждены «Правила о вознаграждении потерпевших вследствие несчастных случаев рабочих и служащих, а равно членов их семейств, в предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности»⁴⁸, в п. 10 которых закреплялась норма обязывающая владельца предприятия возместить расходы по лечению, если потерпевший не пользовался от него бесплатной врачебной помощью. Отмечая публично-правовой характер, присущий закону 2 июня 1903 г., А.М. Нолькен указывал, что «ответственность владельцев промышленных предприятий перед потерпевшими от несчастных случаев рабочими и членами их семей выделена из области частно-правовых отношений»⁴⁹. П.И. Астров отмечал, что «здоровье рабочих есть первейшая издержка производства, которую производство и должно покрывать»⁵⁰.

В рамках исследований по фабричному законодательству зародилась идея о дальнейшем его совершенствовании путем введения механизмов страхования. Н.А. Вигдорчик на основе опыта Германии предлагал ввести систему страхования

⁴⁶ См. подр.: Вигдорчик Н.А. Указ. соч. С. 11.

⁴⁷ СЗ РИ. Т. II, изд. 1892 г. по прод. 1906 г. Свод губернских учреждений.

⁴⁸ ПСЗ РИ. Собрание третье. Т. XXIII. № 23060.

⁴⁹ Нолькен А.М. Законы о вознаграждении за увечье и смерть в промышленных заведениях частных, общественных и казенных. Практическое руководство. СПб., 1911. С. 38.

⁵⁰ Астров П.И. Русская фабричная медицина. Критика законопроекта комиссии Государственной Думы по рабочему вопросу. М., 1911. С. 6.

рабочих⁵¹. В.Г. Яроцкий рассматривал страхование как средство борьбы с различными случайностями⁵².

Устав о промышленности прямо закреплял принцип бесплатности медицинской помощи для рабочих, закрепляя в ст. 102 воспрещение взимания с рабочих платы за врачебную помощь⁵³. В тоже время В.П. Литвинов-Фалинский отмечал, что «ст. 102 уст. пром. лишь воспрещает взимание с рабочих платы за врачебную помощь, но не устанавливает никакой обязанности оказывать эту помощь рабочим»⁵⁴.

23 июня 1912 года был принят так называемый пакет страховых законов, в том числе Закон «Об обеспечении рабочих на случай болезни»⁵⁵, которым было утверждено Положение об обеспечении рабочих на случай болезни, в ст. 8 которого прямо предусматривалось, что врачебная помощь предоставляется за счет владельцев предприятий. Однако и в данном случае не обошлось без подводных камней. Ст. 42 рассматриваемого Положения фактически отдавала вопрос об организации врачебной помощи на откуп больничным кассам, предоставляя им право, но не обязывая их устраивать и содержать собственные амбулатории, приемные покои, больницы и родильные приюты и входить в соглашения с городскими и земскими общественными управлениями или соответствующими им учреждениями, а также с частными лечебными заведениями. Н.А. Вигдорчик указывал, что «основная функция страхования на случай болезни – вспомоществование больным – распадается на две самостоятельные, но тесно связанные между собой функции: возмещение заработка и доставление медицинской помощи»⁵⁶. Но проект уставов касс составляли владельцы предприятий, а рабочие только делегировали своих

⁵¹ См. подр.: Вигдорчик Н.А. Указ. соч. С.16-24.

⁵² См. подр.: Яроцкий В.Г. Экономическая ответственность предпринимателей. Часть первая (Общая). Ответственность предпринимателей как основание законодательного регулирования отношений хозяев и рабочих. СПб., 1887. С. 381.

⁵³ СЗ РИ. Т. XI ч. 2, изд. 1893 г. по продолж. 1906 г.

⁵⁴ Литвинов-Фалинский В.П. Указ. соч. С. 201.

⁵⁵ ПСЗ РИ. Собрание третье. Т. XXXII. № 37446.

⁵⁶ Н.А. Вигдорчик. Страхование на случай болезни в России. Краткое руководство для врачей. СПб., 1914. С. 7.

уполномоченных представителей в Общие собрания больничных касс. Таким образом, у владельцев предприятия оставалась возможность воздействовать на больничные кассы по вопросу организации медицинской помощи.

Выше рассмотренные недоработки закона от 23.06.1912 года были исправлены в принятом 25.07.1917 года Временным правительством постановлении «Об изменении правил об обеспечении рабочих на случай болезни»⁵⁷, в соответствии с которым рабочие стали обладать большими правами в создании больничных касс и в работе Общего собрания больничных касс и, соответственно, напрямую влиять на их деятельность, в том числе и по вышеуказанным вопросам организации врачебной помощи. Применительно к рассматриваемому постановлению М.В. Лушникова, А.М. Лушников указывают на «фактическую замену фабричной медицины медицинским страхованием»⁵⁸.

По результатам рассмотрения указанных исторических периодов можно сделать следующие выводы:

1. В Древнерусском государстве медицинская помощь существовала в трех формах: народная, светская, монастырская. В основном она носила благотворительный характер (за исключением частной платной медицины).

2. В XIX веке сложилось 2 системы оказания медицинской помощи. Это приказная медицина, которая постепенно трансформировалась в земскую медицину и стала прообразом бесплатной медицинской помощи, и фабричная медицина, которая стала прообразом системы медицинского страхования. При этом фабричная медицина изначально развивалась на нестраховых началах, но постепенно произошло развитие в сторону социального страхования.

3. Развитие медицинской помощи осуществлялось в рамках развития системы социального обеспечения в целом. С развитием социальных обязательств государства развивалась и медицинская помощь. С распространением благотворительности в обществе появилась и благотворительная медицинская помощь. В дальнейшем, в рамках системы общественного призрения медицинская

⁵⁷ Собр. узак. 1917. № 208. Ст. 1313.

⁵⁸ Лушникова М.В., Лушников А.М. Указ. соч. С. 185-186.

помощь занимала важное место, что продолжилось и с появлением земств. О социальном характере развития медицинской помощи свидетельствуют и такой ее признак, как безвозмездность для получателя.

4. К 1917 году сочетание страховых и нестраховых форм, а также региональная дифференциация стали выступать в качестве основных тенденций и направлений развития медицинской помощи.

§2. Правовое регулирование медицинской помощи в советский период

Следующей важной исторической вехой в истории отечественного здравоохранения являлся советский период. Смена политической формации, произошедшая с началом советского периода нашей истории, повлекла за собой и кардинальные изменения в системе оказания медицинской помощи и организации здравоохранения. В литературе отмечается, что «общим объединяющим признаком данных изменений служила доминирующая, главенствующая роль государства».⁵⁹

При этом первоначально отдельные существовавшие к тому времени наработки, пусть в измененном виде, но сохранялись. Так, Декретом ВЦИК от 22.12.1917 года «О страховании на случай болезни»⁶⁰ сохранялось действие больничных касс, а ст. 24 относилась к предмету страхования врачебную помощь и денежные пособия. В соответствии со ст. 38 больничные кассы оказывали все виды врачебной помощи участникам кассы и членам их семейств, а также лицам, фактически находящимся на положении таковых членов. Для этих целей в ст. 20 сохранялось право больничных касс образовывать союзы, заключать как между собой, так и с другими организациями и учреждениями всякого рода договоры и соглашения. Однако это продолжалось недолго. Начиная формироваться система страхования подверглась критике. Так, А.Н. Винокуров отмечал, что «особенно недостаточно было страхование рабочих в России по царскому закону

⁵⁹ Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Указ. соч. С. 34.

⁶⁰ СУ РСФСР, 1918, N 13, ст. 188.

1912 г. и новелле соглашательского правительства 1917 г. Страхование распространялось только на незначительную часть рабочих, главным образом крупной фабрично-заводской промышленности»⁶¹.

Декретом СНК РСФСР от 18.07.1918 года «О Народном Комиссариате Здравоохранения (Положение)» был создан Народный Комиссариат Здравоохранения, который в соответствии с п. 1 указанного декрета стал являться центральным медицинским органом, руководящим всем медико-санитарным делом Российской Советской Федеративной Социалистической Республики⁶². В литературе указывается, что «первым народным комиссаром здравоохранения был назначен Н.А. Семашко, его заместителем – З.П. Соловьев, членами коллегии – В.М. Бонч-Бруевич (Величкина), А.П. Голубков, П.Г. Дауге, Е.П. Первухин»⁶³. М.М. Левкевич, Н.В. Рудлицкая отмечают, что «Советский Союз был первой страной полностью национализировавший здравоохранение»⁶⁴.

На основании Декрета СНК РСФСР от 18.02.1919 года «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения»⁶⁵ вся лечебная часть бывших больничных касс перешла к ведению последнего и его отделов. Главной задачей новой системы здравоохранения являлось объединение в одну централизованную систему всех ранее существовавших форм медицинской помощи. Так, О.А. Еникеев отмечает, что «в 1918 году вместе с образованием нового государства было создано единое государственное здравоохранение, объединившее все ранее существовавшие системы и формы российской медицины»⁶⁶. А.Н. Винокуров отмечал, что «организация социального обеспечения в настоящее время целиком

⁶¹ Винокуров А.Н. Социальное обеспечение (от капитализма к коммунизму). М., 1921. С. 5.

⁶² СУ РСФСР. 1918, N 52, ст. 590.

⁶³ Буренков С.П., Лидов И.П., Потулов Б.М. и др. Становление и развитие советского здравоохранения// 60 лет Советского здравоохранения: сборник статей. М., 1977. С. 42.

⁶⁴ Левкевич М.М., Рудлицкая Н.В. Государственная и муниципальная политика в сфере здравоохранения: реализация и оценка эффективности: монография. М., 2011. С. 6.

⁶⁵ СУ РСФСР. 1919, N 6, ст. 62.

⁶⁶ Еникеев О.А. Конституционное право на медицинскую помощь: теория и практика: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2009. С. 18.

огосударствлена»⁶⁷. При этом он обосновывал необходимость замены термина страхование, на термин социальное обеспечение, указывая, что «слово – «страхование» совершенно не выражает этого понятия и должно быть заменено более правильным термином «социальное обеспечение»⁶⁸.

В соответствии со ст. 1 Декрета СНК РСФСР от 31.10.1918 года «Положение о социальном обеспечении трудящихся»⁶⁹ оказания всех видов врачебной, лекарственной и т.п. помощи и родовспоможения нуждающимся в них лицам было официально закреплено в качестве одного из видов социального обеспечения трудящихся. При этом согласно п. 1 ст. 2 обеспечению подлежали все без исключения лица, источниками существования которых являлся только собственный труд, без эксплуатации чужого, а п. 2 ст. 5 к видам врачебной помощи относил: первоначальную помощь при внезапных заболеваниях; амбулаторное лечение по всем специальностям; родовспоможение; больничное (кочное лечение); курортно - санаторное лечение; физико - терапевтические институты; врачебную помощь на дому.

Но самое интересное - это использованная законодателем в ст. 7 конструкция, в соответствии с которой получение врачебной помощи было не правом, а обязанностью больных. Так, ст. 7 в п. 1 закрепляла обязательность пользования врачебной помощью при потере трудоспособности, в п. 2 предоставляла Местным Подотделам Социального Обеспечения и Охраны Труда право обязывать пользоваться врачебной помощью больных, а в п. 3 устанавливала санкции за невыполнение обязанности лечиться в виде временного лишения пособия или пенсии в полном или частичном размере.

Таким образом, в данном случае можно наблюдать такой феномен законодательного регулирования медицинской помощи, как наличие обязанности в социальной сфере, без закрепления соответствующего права. То есть формально из текста следовало, что оказание медицинской помощи адресовано гражданам в

⁶⁷ Винокуров А.Н. Указ соч. С. 14.

⁶⁸ Там же. С. 8.

⁶⁹ СУ РСФСР. 1918, N 89, ст. 906.

качестве социального обеспечения, но факт ее закрепления в виде юридической обязанности налицо.

Такой подход во многом был обусловлен самой существовавшей в тот период времени политической и экономической обстановкой. Д.В. Егорова отмечает, что «советское государство стремилось к обеспечению правовой охраны здоровья населения в тяжелейших условиях разрухи, голода, Гражданской и Отечественной войн, под влиянием крайне негативных внешних обстоятельств»⁷⁰. По мнению Е.Г. Афанасьевой: «Здоровье человека расценивалось прежде всего как общественное достояние, необходимый атрибут для служения идеалам коммунизма»⁷¹.

Народный комиссар социального обеспечения А.Н. Винокуров писал, что «социальное обеспечение было объявлено не благотворительностью, не милостыней, а правом каждого трудящегося, потерявшего трудоспособность и впавшего в нужду»⁷².

Важнейшее значение для определения векторов дальнейшего развития формировавшейся системы советского здравоохранения имел VIII съезд РКП (б). В принятой Программе Российской коммунистической партии (большевиков) охране народного здоровья был посвящен специальный раздел, в котором в качестве цели закреплялось предупреждение развития заболеваний посредством оздоровительных и санитарных мер и были поставлены задачи по: решительному проведению широких санитарных мероприятий в интересах трудящихся; борьбе

⁷⁰ Егорова Д.В. Правовая политика в сфере здравоохранения и правовая охрана здоровья населения в советском государстве (1917-1991 годы): автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. Саратов, 2011. С. 3.

⁷¹ Афанасьева Е.Г. Право на информированное согласие как основа юридического статуса пациента// Современное медицинское право в России и за рубежом: сборник научных трудов/ отв. ред. О.Л. Дубовик, Ю.С.Пивоваров. М., 2003. С. 143.

⁷² Винокуров А.Н. Социальное обеспечение в Советской России. Сборник статей к Съезду Советов, под редакцией и с предисловием Народного Комиссара Социального Обеспечения А.Н. Винокурова. М., 1919. С. 5.

с социальными болезнями; обеспечению общедоступной, бесплатной и квалифицированной лечебной и лекарственной помощи⁷³.

В.Д. Роик отмечает, что «период «социального обеспечения» длился до 1921 года, когда с переходом к НЭПу наметилась необходимость возврата к социальному страхованию, что обуславливалось ренессансом частного предпринимательства и частичной денационализацией промышленности»⁷⁴.

Статьей 1 Декрета СНК РСФСР от 15.11.1921 «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом»⁷⁵ вводилось социальное страхование лиц, занятых наемным трудом в государственных, кооперативных, общественных, концессионных, арендных и частных предприятиях, учреждениях и хозяйствах.

В соответствии с постановлением СНК СССР от 23.03.1926 года «Временное положение о фондах социального страхования»⁷⁶ на разном уровне были образованы Фонды медицинской помощи застрахованным, находящиеся в распоряжении органов здравоохранения и определен порядок их формирования.

При этом В.Д. Роик указывает на упрощенность системы социального страхования и отказа от страховых принципов⁷⁷.

О таком понимании социального страхования в своих более поздних исследованиях писал и Н.А. Вигдорчик, отмечая, что «будущее социального страхования лежит именно в дальнейшем ослаблении страхового начала и в постепенном превращении его в чисто-государственный институт»⁷⁸.

Однако выбранный курс дальнейшего развития страны обусловил отход от данной системы. На основании п. 1 Постановления СНК СССР, ВЦСПС от 10.09.1933 N 1952 года «О порядке слияния Народного комиссариата труда Союза

⁷³ См. подр.: Протоколы и стенографические отчеты съездов и конференций Коммунистической партии Советского Союза. Восьмой съезд РКП (б). Март, 1919 года. Протоколы. М., 1959. С. 411.

⁷⁴ Роик В.Д. Экономика, финансы и право социального страхования: Институты и страховые механизмы. М., 2013. С. 49.

⁷⁵ СУ РСФСР. 1921, N 76, ст. 627.

⁷⁶ СЗ СССР. 1926. N 19, ст. 124.

⁷⁷ См. подр.: Роик В.Д. Указ. соч. С. 49.

⁷⁸ Вигдорчик Н.А. Государственное обеспечение трудящихся (Итоги и перспективы социального страхования. Петроград, 1917. С. 6.

ССР с Всесоюзным центральным советом профессиональных союзов»⁷⁹ было постановлено передать с 15 сентября 1933 г. Всесоюзному центральному совету и центральным комитетам профессиональных союзов: все средства социального страхования (четыре миллиарда пятьсот млн. рублей на 1933 г.); состоящие в ведении Народного комиссариата труда Союза ССР и его органов (в том числе органов социального страхования) санатории, дома отдыха, научные институты и другие учреждения, а также помещения и имущество; кадры органов труда и социального страхования.

Одновременно государство взяло под свой контроль регламентацию медицинской деятельности. Однако развитой законодательной базы по данному вопросу не существовало. Единственным нормативно-правовым актом, устанавливающим права и обязанности врачей, порядок допуска к медицинской деятельности и контроля за ее осуществлением, долгое время оставался Декрет ВЦИК, СНК РСФСР от 01.12.1924 года «О профессиональной работе и правах медицинских работников»⁸⁰. В нем регламентировались категории лиц, имеющих право заниматься медицинской деятельностью, требования к их образованию и квалификации, порядок ведения отчетной документации и другие организационные вопросы, касающиеся оказания различных видов медицинской помощи⁸¹. Ю.Н. Филиппов, О.П. Абаева применительно к рассматриваемому декрету указывают, что «более 50 лет декрет регламентировал юридические аспекты врачебной деятельности советских медиков, сохраняя свою актуальность, с соответствующими изменениями, до начала 70-х годов XX века»⁸².

Нормативно-правовая база в сфере здравоохранения вообще и по вопросам права граждан на медицинскую помощь в частности, была в тот период не достаточно развита. Фактически как таковые права граждан в сфере медицинской помощи не были законодательно закреплены. Скорее можно говорить об

⁷⁹ СЗ СССР. 1933. N 57, ст. 333.

⁸⁰ СУ РСФСР. 1924. N 88, ст. 892.

⁸¹ См. подр.: Декрет ВЦИК, СНК РСФСР от 01.12.1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников»// СУ РСФСР, 1924, N 88, ст. 892.

⁸² Филиппов Ю.Н., Абаева О.П. Право пациента на автономию в законодательстве Российской Федерации. М., 2010. С. 6.

установлении соответствующих обязанностей для определенных субъектов медицинской деятельности.

Так, в ст. 8 вышеупомянутого Декрета СНК РСФСР от 01.12.1924 «О профессиональной работе и правах медицинских работников» устанавливалась обязанность медицинского работника, в случаях, требующих скорой медицинской помощи, оказывать первую медицинскую помощь согласно инструкции. То есть продолжилась тенденция первых нормативных актов советского периода, когда само право на медицинскую помощь не закреплялось, но устанавливались фактически корреспондирующие праву на медицинскую помощь (правда в данном случае только в объеме права на скорую медицинскую помощь) обязанности со стороны медицинских работников.

На конституционно-правовом уровне бесплатный характер медицинской помощи был закреплен в ст. 120 Конституции СССР 1936 года⁸³ и в ст. 124 Конституции РСФСР 1937⁸⁴ года. В исследованиях советского периода отмечалась взаимосвязь здоровья и социального благополучия. Так, А.Ф. Серенко и Г.Н. Соболевский отмечали, что «улучшение физического развития населения, биологическое по своей природе, в то же время несомненно является отражением огромного социального прогресса в нашей стране».⁸⁵

Великая Отечественная война внесла коррективы в систему здравоохранения, связанные с ситуацией военного времени. Д.В. Егорова применительно к указанному периоду отмечает направленность охраны здоровья на быстрое реагирование на чрезвычайные ситуации военного времени⁸⁶.

В послевоенный период государство взяло цель на дальнейшее развитие системы охраны здоровья граждан. Постоянно ставились задачи по улучшению медицинского обслуживания населения. А.М. Лушников, М.В. Лушникова отмечают, что «1930-е – начало 1950-х гг. стали «черной дырой» для

⁸³ Известия ЦИК СССР и ВЦИК. № 283. 06.12.1936.

⁸⁴ СУ РСФСР. 1937. № 2, ст. 11.

⁸⁵ Серенко А.Ф., Соболевский Г.Н. Здравоохранение социалистического общества. М., 1975. С. 41.

⁸⁶ См. подр.: Егорова Д.В. Правовая политика в сфере здравоохранения и правовая охрана здоровья населения в советском государстве (1917-1991 годы). С. 8-9.

отечественной юридической науки, когда произошла не просто стагнация, а по многим позициям и откат назад. Научные исследования были заменены идеологическими конструкциями, лозунгами, примитивными констатациями и др.»⁸⁷.

Направления дальнейшего развития здравоохранения были закреплены в постановлении ЦК КПСС, Совмина СССР от 14.01.1960 N 58 «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР»⁸⁸, в преамбуле которого отмечались серьезные недостатки в организации обслуживания населения стационарной помощью, а в числе способов решения имеющихся проблем предусматривалось: укрупнение существующих больничных учреждений; строительство как в городах, так и в сельской местности преимущественно крупных больниц; укрупнение сельских районных больниц, доводя число коек в них до 100 - 200 и более, с оснащением их современным медицинским оборудованием и укомплектованием врачами по всем основным специальностям (терапия, хирургия, педиатрия, акушерство и гинекология, стоматология и др.); запрещение строительства новых сельских участковых больниц менее чем на 35 коек, допуская, в виде исключения, строительство таких больниц лишь с разрешения министерства здравоохранения союзной республики.

В преамбуле постановления ЦК КПСС, Совмина СССР от 05.07.1968 N 517 «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране»⁸⁹ помимо указания на не полное устранение ранее имевшихся недостатков и необходимость дальнейшего строительства новых и увеличения имеющихся медицинских учреждений разных категорий, на первый план выходит профилактическое направление. В п. 2 указанного постановления проведение профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на снижение общей и инфекционной заболеваемости и травматизма, выделяется

⁸⁷ Лушников А.М., Лушникова М.В. Российская школа трудового права и права социального обеспечения: портреты на фоне времени (сравнительно-правовое исследование): монография: В 2 т. Т. 1. Ярославль, 2010. С. 46.

⁸⁸ СП СССР. 1960. N 3, ст. 14.

⁸⁹ СП СССР. 1968. N 13, ст. 82.

среди задач, направленных на снижение общей и инфекционной заболеваемости и травматизма среди населения⁹⁰.

Основополагающим актом советского периода, регулирующим медицинскую деятельность, стали Основы законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении (в дальнейшем – Основы), утвержденные законом СССР от 19.12.1969 года N 4589-VII⁹¹.

В ст. 4 Основ предусматривалось обеспечение граждан СССР общедоступной, бесплатной и квалифицированной медицинской помощью. При этом профилактическое направление продолжало оставаться одним из приоритетных. В ч. 4 ст. 32 Основ закреплялась обязанность лечебно-профилактических учреждений по широкому использованию профилактических осмотров населения и диспансерного метода наблюдения в целях предупреждения заболеваний. Ч. 1 ст. 35 закрепляла сложившийся принцип оказания медицинской помощи по месту жительства и по месту работы. Отдельно отметим, что сложившийся территориально-участковый принцип не являлся новшеством именно советского здравоохранения. Данный принцип широко применялся в земском здравоохранении, когда для оказания медицинской помощи формировался земский врачебный участок (земская медицина рассматривалась в предыдущем параграфе настоящего исследования). В советский период данный принцип был не только положен в основу, но и значительно модернизирован и развит. Медицина по месту работы была организована на совсем иных принципах, чем ранее существовавшая фабричная медицина. Но это обусловлено в первую очередь национализацией промышленности, что устранило проблемы, с которыми сталкивалась организация медицинской помощи в рамках фабричной медицины (проблемы фабричной медицины рассматривались в предыдущем параграфе настоящей работы). И если земская и фабричная медицина существовали в достаточной степени независимо друг от друга, то в советский период

⁹⁰ Там же.

⁹¹ Ведомости ВС СССР. 1969. N 52, ст. 466.

организация медицинской помощи по месту жительства и по месту работы существовали взаимосвязано в рамках единой системы здравоохранения.

Такой принцип организации медицинской помощи позволял учитывать при оказании медицинской помощи как специфику места проживания конкретного человека, так и особенности его трудовой деятельности. В литературе в числе достоинств данного принципа отмечается возможность систематического обслуживания определенных групп населения одной группой врачей по соответствующей специальности и комплексную организацию всех необходимых мероприятий⁹². Среди положительных моментов организации ведомственного здравоохранения, в исследованиях отмечается приближение оказания медицинской помощи к месту работы с учетом специфики производства⁹³.

В развитие положений, закрепленных в Основах, был принят Закон РСФСР от 29.07.1971 года «О здравоохранении»⁹⁴, закрепляющий на территории РСФСР установленные в Основах принципы и порядок организации медицинской помощи.

Отдельно необходимо отметить, что в Основах наряду с положениями о медицинской помощи содержались положения, напрямую относящиеся к социальному обеспечению. Так, например, ст. 32 Основ устанавливала, что освобождение граждан от работы на период болезни с временной утратой трудоспособности с выплатой в установленном порядке пособия по социальному страхованию. Это свидетельствует о том, что законодатель воспринимал обеспечение граждан медицинской помощью в качестве одной из социальных функций государства, неразрывно связанной с другими функциями по социальному обеспечению населения.

⁹² См. подр.: Социальное страхование в СССР: Учебное пособие/ под ред. К.С. Батыгина. М., 1973. С. 176-177.

⁹³ См. подр.: Флек В.О., Зеленский В.А., Кузенко П.И. и др. Состояние и перспективы планирования и финансового обеспечения медицинской помощи населению/ под ред. академика РАМН В.И. Стародубова. М., 2012. С. 103-104.

⁹⁴ Свод законов РСФСР. Т. 3. 1988 г. С. 143.

Необходимо отметить, что уже в указанный период времени, несмотря на отсутствие законодательного закреплённого определения здоровья, сформировалось понимание здоровья не только в контексте физического состояния организма человека. Так, А.Ф. Серенко и Г.Н. Соболевский отмечали, что «в понятие здоровья населения в СССР вкладывается полное физическое и социальное благополучие»⁹⁵.

Вышеуказанная позиция законодателя совпадала с существовавшими в указанный период научными подходами, в которых медицинская помощь рассматривалась в составе социального обеспечения.

Так, одни авторы рассматривали ее в неразрывной связи с социальным страхованием, указывая, что «социальное страхование, являясь составной частью общей системы мер по охране здоровья граждан нашей страны, неразрывно связано с организацией медико-санитарной помощи трудящимся»⁹⁶.

В.С. Андреев относил бесплатное медицинское обслуживание и лечение к социальному обеспечению⁹⁷. А.Д. Зайкин рассматривал лечебно-профилактическое обслуживание в качестве составной части государственного социального страхования⁹⁸.

Однако необходимо отметить, что непосредственно для граждан принципиальной разницы от того, предоставлялось ли им медицинское обслуживание в рамках системы социального страхования, либо как самостоятельный вид социального обеспечения, не имело. Это обусловлено тем, что сама система медицинской помощи была построена не на страховых началах. Кроме того, в условиях господства государственной собственности сама система бесплатного медицинского обслуживания могла быть только государственной. Это было обусловлено и существовавшей спецификой отечественного социального страхования. В.С. Андреев отмечал, что «неуплата страховых взносов не лишает рабочих и служащих права на обеспечение по

⁹⁵ Серенко А.Ф., Соболевский Г.Н. Указ. соч. С. 33.

⁹⁶ Социальное страхование в СССР/ под ред. К.С. Батыгина. С. 170.

⁹⁷ См.: Андреев В.С. Социальное обеспечение в СССР. М., 1968. С. 4.

⁹⁸ См. подр.: Зайкин А.Д., Войленко Е.И., Гейхман В.Л. Основы трудового законодательства СССР: Учебное пособие. М., 1985. С. 215.

государственному социальному страхованию»⁹⁹. Анализируя право на бесплатное медицинское обслуживание и лечение, он указывал на то, что «оно является всеобщим и равным для всех граждан вне зависимости от того, занимается ли вообще каким-либо видом общественно полезной деятельности лицо, обратившееся за медицинской помощью».¹⁰⁰

Р.И. Иванова, В.А. Тарасова на основе данного В.С. Андреевым определения социального обеспечения отмечали, что «в таком понимании в социальное обеспечение включается и социальное страхование»¹⁰¹.

Кроме того, бесплатное медицинское обслуживание предоставлялось и в домах-интернатах, о чем указывает М.Л. Захаров¹⁰².

Таким образом, можно сделать вывод о том, что бесплатное медицинское обслуживание граждан в указанный период являлось составной частью советской системы социального обеспечения и предоставлялось государственной системой здравоохранения.

В ст. 42 Конституции СССР 1977 года¹⁰³ и в ст. 40 Конституции РСФСР 1978 года¹⁰⁴ бесплатная квалифицированная медицинская помощь была закреплена в качестве одного из механизмов обеспечения права на охрану здоровья.

Помимо сохранения и развития вышеуказанных принципов организации медицинской помощи, в 80-е года XX века продолжает сохраняться и развиваться одно из основных направлений развития советского здравоохранения – профилактическое, о чем указывает М.И. Кучма¹⁰⁵.

⁹⁹ Андреев В.С. Охрана трудовых прав рабочих и служащих. М., 1972. С. 53.

¹⁰⁰ Андреев В.С. Социальное обеспечение в СССР. С. 70-71.

¹⁰¹ Иванова Р.И., Тарасова В.А. Пособия по социальному обеспечению. М., 1977. С. 5.

¹⁰² См. подр.: Захаров М.Л. Социальное обеспечение в СССР. М., 1982. С. 48-49.

¹⁰³ Ведомости ВС СССР. 1977. № 41, ст. 617.

¹⁰⁴ Ведомости ВС РСФСР. 1978. № 15, ст. 407.

¹⁰⁵ См. подр.: Кучма М.И. Правовая основа всеобщей диспансеризации населения// Правовые вопросы в здравоохранении. 2013. № 7. С. 20.

В приказе Министерства здравоохранения СССР от 30.05.1986 № 770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения»¹⁰⁶ введение системы всеобщей диспансеризации населения рассматривалось как качественно новый этап развития советского здравоохранения, успешность которого в значительной степени зависела от дальнейшего развития и совершенствования профилактического направления как генеральной линии советского здравоохранения.

Совокупность активной работы по профилактике развития заболеваний с созданием медицинских учреждений, оказывающих помощь на разных уровнях, можно рассматривать в качестве основополагающего вектора развития советского здравоохранения.

В литературе отмечается, что «в СССР сложилась достаточно эффективная многоуровневая система здравоохранения, позволяющая формировать сеть медицинских учреждений таким образом, чтобы обеспечивать население, проживающее в том числе и в отдаленных труднодоступных территориях, медицинской помощью на основе соблюдения принципов непрерывности и этапности ее оказания»¹⁰⁷.

М.Л. Захаров отмечает, что «в СССР право на охрану здоровья имели все граждане»¹⁰⁸.

Нельзя не оценить достижения советского здравоохранения, в то же время необходимо отметить, что особенности существовавшего политического строя наложили отпечаток и на медицину так же как и на другие сферы общественной жизни. Так, Д.В. Егорова отмечает, что «в центр внимания правовой политики не попали проблемы поиска новых источников и самой системы финансирования

¹⁰⁶ Текст приказа официально опубликован не был [Электронный ресурс] – Доступ из справ. – правовой системы «Гарант». Режим доступа – локальный.

¹⁰⁷ Флек В.О., Зеленский В.А., Кузенко и др. Указ. соч. С. 103.

¹⁰⁸ Захаров М.Л. Социальное страхование в России: прошлое, настоящее и перспективы развития (трудовые пенсии, пособия, выплаты пострадавшим на производстве): монография. М., 2014. С. 27.

здравоохранения, укрепления первичного звена здравоохранения, борьбы за повышение доверия к медицине, к врачу»¹⁰⁹.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. В советский период с централизацией управления здравоохранения была реализована модель государственной системы здравоохранения с всеобщим бесплатным правом на медицинскую помощь.

2. Основными направлениями развития системы медицинской помощи являлось предупреждение болезней, охрана и укрепление здоровья каждого человека и всего общества в целом посредством применения диспансеризации, являвшейся основным методом работы всех лечебно-профилактических учреждений.

3. Территориально-участковый принцип организации медицинской помощи в совокупности с ведомственным здравоохранением позволял комплексно организовывать лечебное и профилактическое обслуживание на основе принципов непрерывности и этапности медицинской помощи.

§3. Правовое регулирование медицинской деятельности в постсоветский период

Со сменой политической формации произошли коренные изменения в системе организации медицинской помощи. Произошел переход к страховой медицине. М.М. Левкевич, Н.В. Рудлицкая отмечают, что «период с 1991 по 1999 гг. сопровождался резким ухудшением качества жизни населения, резким увеличением смертности и сокращением средней продолжительности жизни. Декларированные государством гарантии по оказанию качественной и бесплатной медицинской помощи населению не выполнялись»¹¹⁰.

28 июня 1991 года был принят закон Российской Советской Федеративной Социалистической Республики «О медицинском страховании граждан в РСФСР»

¹⁰⁹ Егорова Д.В. Правовая политика в сфере здравоохранения и правовая охрана здоровья населения в советском государстве (1917-1991 годы). С. 13.

¹¹⁰ Левкевич М.М., Рудлицкая Н.В. Указ. соч. С. 6.

№ 1499-1 от 28.06.1991 г.¹¹¹ (далее по тексту – закон № 1499-1). В преамбуле данного закона прямо подчеркивалось, что он обеспечивает конституционное право граждан РСФСР на медицинскую помощь. Таким образом, законодатель прямо указывал на то, что посредством медицинского страхования будет обеспечиваться право граждан на медицинскую помощь. При этом в ст. 1 закона медицинское страхование определялось в качестве формы социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Е.Е. Мачульская отмечала, что «обязательное медицинское страхование (ОМС) является новым для российской системы видом социального страхования населения»¹¹².

Закон вводил два вида медицинского страхования – обязательное и добровольное, при этом закреплялось, что обязательное медицинское страхование (далее по тексту - ОМС) является всеобщим для населения РСФСР.

Здесь считаем необходимым подчеркнуть, что фактически в фундамент отечественной модели ОМС изначально было заложено положение о том, что его посредством обеспечивается равное право всех граждан на медицинскую помощь без учета каких-либо дифференцирующих факторов. То есть, сохраняя всеобщее право на медицинскую помощь и его реализацию посредством предоставления медицинской помощи в соответствующих медицинских учреждениях, государство изменило только сам механизм обеспечения реализации права на медицинскую помощь, выбрав в качестве такового систему ОМС.

Однако указанный закон носил в определенной мере рамочный характер, закрепляя основные положения, вводя в оборот определения участников системы медицинского страхования, их права и обязанности. Устюгов А.В. применительно к данному закону отмечает, что он «не описывал механизма реализации этих прав»¹¹³.

Для его реализации было принято постановление Верховного Совета РСФСР от 28.06.1991 г. № 1500-1 «О порядке введения в действие Закона РСФСР

¹¹¹ Ведомости СНД и ВС РСФСР. 04.07.1991., N 27, ст. 920.

¹¹² Мачульская Е.Е. Право социального обеспечения: Учебное пособие для ВУЗов. М., 1998. С. 178.

¹¹³ Устюгов А.В. ОМС: итоги и перспективы//Консилиум главных врачей. 2013. № 6 (18). С. 25.

«О медицинском страховании граждан в РСФСР»¹¹⁴, в соответствии с п. 1 которого указанный закон вводился в действие с 1 января 1993 года, при этом устанавливалась обязанность Совета Министров РСФСР разработать и утвердить основные документы, необходимые для функционирования системы медицинского страхования, в числе которых указывались: положение о медицинских страховых организациях, положение о порядке лицензирования на право заниматься медицинским страхованием, базовую программу ОМС и соответствующий ей размер страхового взноса, порядок дотирования местных бюджетов на ОМС неработающего населения и др.

Т.Ю. Барышникова, Ю.А. Кузнецов указывают, что «в России процесс реформирования системы социального обеспечения начался с возврата к страховым началам с 90-х гг. XX века, когда были заложены правовые и организационные основы социального страхования»¹¹⁵.

Как отмечает В.П. Галаганов, «с введением обязательного медицинского страхования была предпринята попытка создания дополнительного источника финансирования медицинской помощи гражданам»¹¹⁶. Н.М. Бевеликова подчеркивает, что «на этапе перехода к рыночной экономике Закон Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» служил своеобразным буфером, смягчающим последствия негативных процессов»¹¹⁷.

Таким образом, первичной причиной введения системы обязательного медицинского страхования являлась сложная экономическая ситуация, вызванная сменой политической и экономической формации, обусловившая необходимость решения проблемы с финансированием здравоохранения.

¹¹⁴ Ведомости СНД и ВС РСФСР. 04.07.1991. N 27, ст. 921.

¹¹⁵ Барышникова Т.Ю., Кузнецов Ю.А. К вопросу о природе социально-страховой ответственности// Вестник трудового права и права социального обеспечения. Выпуск 5. Оптимизация межотраслевых связей трудового права и права социального обеспечения/под ред. А.М. Лушниковой, М.В. Лушниковой. Ярославль, 2010. С. 93.

¹¹⁶ Галаганов В.П. Организация работы органов социального обеспечения: учебное пособие для студ. сред. проф. завед. М., 2007. С. 136.

¹¹⁷ Бевеликова Н.М. Реформа медицинского страхования в России//Правовые вопросы в здравоохранении. 2010. № 5. С. 86.

Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год»¹¹⁸ был создан Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее по тексту - ФФОМС) и утверждены документы, регламентирующие его деятельность, в том числе положение о ФФОМС и положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования (далее по тексту – ТФОМС). Раздел 2 положения о ТФОМС к числу его основных задач относил обеспечение всеобщности ОМС для граждан.

Была введена система, при которой реализация права граждан на медицинскую помощь тесно связывалась с взаимодействием всех субъектов ОМС.

Однако необходимо отметить, что такой резкий переход от одной системы здравоохранения к принципиально иной породил на практике множество проблем, связанных в том числе со сложной ситуацией в экономике и организационными проблемами. Так, в период становления медицинского страхования страховые медицинские организации еще не были развиты, или могли просто отсутствовать в определенных территориальных границах, что могло привести к невозможности осуществления самого медицинского страхования и соответственно к нарушению прав граждан. Для решения данной проблемы п. 8 вышеупомянутого положения о ТФОМС разрешал в 1993 году филиалам ТФОМС в таких случаях осуществлять страхование граждан. Такие действия законодателя фактически подтверждали вышеизложенный тезис о том, что введенная система затрагивала лишь механизм, обеспечивающий деятельность субъектов, предоставляющих медицинскую помощь и не затрагивала само право граждан на медицинскую помощь, так как из самой законодательной нормы следовало, что даже в отсутствии одного из обязательных участников страховой системы его функции выполнял другой участник системы ОМС, а само право гражданина на медицинскую помощь оставалось неизменным,

¹¹⁸ Российская газета. N 81. 28.04.1993.

что свидетельствует о том, что страховые медицинские организации выполняли посредническую функцию. Кроме того, изменение организационной формы системы здравоохранения не сопровождалось принципиальными изменениями в вопросах организации оказания самой медицинской помощи, улучшением финансирования здравоохранения, развитием качества и доступности медицинской помощи для граждан.

Переход к страховой медицине привел к ситуации, когда между собой вступили в противоречие две составляющие. С одной стороны, страхование подразумевает необходимость уплаты страховых взносов, с другой стороны, посредством ОМС реализовывалось право на медицинскую помощь, носившее всеобщий характер, и соответственно, оно в принципе не могло быть поставлено в зависимость от уплаты страховых взносов гражданами и от факта их трудовой деятельности. Если Конституция закрепляет право на бесплатную медицинскую помощь, то гражданин вправе ее получить вне зависимости от трудовой деятельности. То есть посредством ОМС государство решало свою социальную задачу по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью. Так, В.П. Бушуева отмечает, что «обязательное страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам страны равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования»¹¹⁹.

Для решения вопроса о страховании граждан, не занятых трудовой деятельностью, в ст. 2 закона № 1499-1 была закреплена норма, в соответствии с которой страхователями при ОМС для неработающего населения являлись Советы Министров республик в составе РСФСР, органы государственного управления краев, областей, автономных округов и автономных областей, местная администрация.

Соответственно такая же дифференциация была установлена и при уплате страховых взносов, что прямо следовало из ст. 17 закона № 1499-1. Так,

¹¹⁹ Бушуева В.П. Конституционное право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации на современном этапе: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2006. С. 23.

страховые взносы на ОМС неработающего населения осуществлялись за счет средств, предусматриваемых в соответствующих бюджетах при их формировании на соответствующие годы с учетом индексации цен. Размер страхового взноса на ОМС для предприятий устанавливался Советом Министров РСФСР и утверждался Верховным Советом РСФСР. Страховые взносы на ОМС для бюджетных учреждений и организаций, а также временно нерентабельных государственных предприятий, осуществляются за счет средств соответствующих бюджетов.

Таким образом, в силу указанных обстоятельств была сформирована бюджетно-страховая модель здравоохранения. Однако страховой она являлась скорее по названию.

Кроме того, в соответствии со ст. 3 закона № 1499-1 объектом ОМС являлся страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. На взаимосвязь страхового случая и медицинской помощи указывает и А.Ф. Антоненко, отмечая, что ОМС гарантирует то, «что граждане при возникновении страхового случая получают медицинскую помощь за счет накопленных средств и финансирования профилактических мероприятий»¹²⁰. П.П. Бутковский отмечает, что «только в обязательном медицинском страховании отсутствуют денежные выплаты застрахованным, они получают возможность получить медицинскую помощь, оплату которой производит страховщик»¹²¹.

В то же время в соответствии с ч. 1 ст. 9 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27 ноября 1992 г. N 4015-I страховым риском признается предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование, а событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

¹²⁰ Антоненко А.Ф. Конституционное право граждан на медицинскую помощь: содержание и проблемы реализации: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2006. С. 19.

¹²¹ Бутковский П.П. Проблемы правового регулирования обязательного медицинского страхования: : автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2005. С. 12.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что затраты на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая не в полной мере соответствовали понятию страхового риска и фактически имели более широкий объем, включая как относящиеся к страховому риску события, так и не относящиеся.

По мнению автора, вышеуказанные проблемы во многом возникли по причине попытки объединить в одной системе ОМС элементы разных по своей сути и правовой природе институтов. С одной стороны, в рамках действующей системы ОМС при возложении на работодателей обязанности по уплате страховых взносов на ОМС работников имеют место элементы обязательного медицинского страхования трудящихся. Подобный вид страхования, как уже указывалось ранее в настоящей работе, формировался в нашей стране вплоть до октябрьской революции 1917 года. И авторы работ по страхованию в своих трудах обосновывали концепцию страхования (не только медицинского) именно трудящихся¹²². С другой стороны, при возложении на систему ОМС функции по обеспечению права всех граждан на медицинскую помощь, и соответственно, введении механизмов уплаты страховых взносов за неработающих граждан за счет бюджетной системы, имеют место элементы государственного финансирования медицинской помощи населению. Соответственно, поскольку у каждой из систем предоставления медицинской помощи свои принципы и механизмы регулирования, то и совершенствовать новую страховую систему стало сложно, так как эффективные для развития системы государственного финансирования медицинской помощи методы, могут быть неприемлемы для страховой системы, и наоборот.

Другой проблемой стало то, что не было выработано четких критериев к определению объемов медицинской помощи, предоставляемой бесплатно. Так, Улумбекова Г.Э. указывает на то обстоятельство, что «с 1999 по 2008 гг. нормативы объемов медицинской помощи по ПГГ не изменились, а по ряду видов

¹²² См. напр.: Вигдорчик Н.А. Страхование от несчастных случаев в России. Петроград, 1915. С. 3.

помощи даже уменьшились, вместе с тем заболеваемость населения в период с 1990 по 2008 гг. увеличилась на 46%, а доля пожилого населения возросла на 4%»¹²³. А.В. Устюгов указывал на отсутствие в законе требований к размеру страхового взноса¹²⁴. А.Л. Линденбрaten подчеркивает, что «с самого начала функционирования системы обязательного медицинского страхования в стране отмечалось отсутствие соответствующего экономического обоснования территориальных программ ОМС»¹²⁵. Между тем, об указанной проблеме писал еще в 1917 году Н.А. Вигдорчик, указывая, что «во всяком случае, бюджет страхования должен быть рассчитан на оказание медицинской помощи застрахованным в полном объеме»¹²⁶.

Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее по тексту – ТППГ) и их составные части - территориальные программы ОМС стали разрабатываться в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 06.05.2003 N 255¹²⁷, которым было утверждено Положение о разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией. В нем был определен порядок планирования объемов медицинской помощи. Указанные положения, как отмечают М.В. Пирогов, И.В. Успенская, Е.В. Манухина, привели к тому, что медицинские организации оказались экономически не мотивированы на повышение эффективности своей деятельности¹²⁸.

¹²³ Улумбекова Г.Э. *Здравоохранение России: итоги 2010 г. Что надо делать дальше?// Менеджер здравоохранения.* 2011. № 3. С. 12.

¹²⁴ Устюгов А.В. *Совершенствование организации бесплатного оказания медицинской помощи в Российской Федерации на основе модернизации системы обязательного медицинского страхования// ГлавВрач.* 2011. № 7. С. 50.

¹²⁵ Линденбрaten А.Л. *Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении/ под ред. О.П. Щепина.* М., 2005. С. 31.

¹²⁶ Вигдорчик Н.А. *Государственное обеспечение трудящихся...* С. 22.

¹²⁷ *Собрание законодательства РФ.* 12.05.2003. N 19. ст. 1838.

¹²⁸ См. подр.: Пирогов М.В., Успенская И.В., Манухина Е.В. *Клинико-экономический баланс регионального здравоохранения (монография)// Приложение к журналу «ГлавВрач».* 2013. № 7. С. 39.

Кроме того, ряд авторов отмечают, что «каждый субъект Федерации самостоятельно определял необходимый объем финансовых средств, что привело к существенным различиям (в разы) в финансовом обеспечении гарантированных государством объемов медицинской помощи»¹²⁹.

Подход к разрешению указанной проблемы изменился только с принятием нового закона об ОМС.

П. 9 ст. 36 Федерального закона РФ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 года¹³⁰ (далее по тексту ФЗ № 326) устанавливает, что для разработки проекта территориальной программы ОМС в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы ОМС, в состав которой входят, в том числе и представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций).

Введение указанного порядка привлечения заинтересованных представителей профессионального сообщества при разработке программ ОМС несомненно являлось положительным моментом. Как указывалось в первом параграфе настоящей работы, практика привлечения специалистов к работе органов медицинского управления была опробована еще во времена правления Петра I в виде создания Совета из медиков при Медицинской канцелярии.

Одновременно с введением института ОМС стала развиваться и частная система здравоохранения, предоставлявшая медицинские услуги на возмездной основе. Была введена система добровольного медицинского страхования (далее по тексту - ДМС). В ст. 1 закона № 1499-1 закреплялось, что ДМС осуществляется на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. В данном случае положительным моментом являлось

¹²⁹ Пирогов М.В., Успенская И.В., Козаченко С.В. Международный и отечественный опыт реформирования здравоохранения (монография)// Приложение к журналу «ГлавВрач». 2012. № 10. С. 58.

¹³⁰ СЗ РФ. 06.12.2010. N 49, ст. 6422

с нашей точки зрения закрепление законодателем концептуального подхода к его содержанию. То есть были разграничены сферы действия между обязательным и добровольным медицинским страхованием, что само по себе является правильным. Однако простого законодательного разграничения видов медицинского страхования недостаточно для их оптимального функционирования. Разграничение сфер применения ОМС и ДМС целесообразно в условиях гарантированности для граждан получения медицинской помощи, предусмотренной программами ОМС, что подробно будет рассмотрено в третьей главе настоящей работы. Здесь же отметим, что в указанный период времени законодательный подход к регламентации ДМС опередил в развитии и в силу чего не в полной мере соответствовал реалиям функционировавшей в указанный период системы медицинской помощи.

Частные медицинские организации свою деятельность осуществляли на основании Постановления Правительства РФ от 13.01.1996 N 27¹³¹, которым были утверждены Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (далее по тексту – Правила). Жестких критериев оказания медицинской помощи Правила не содержали, что на практике порождало проблемы с ее качеством. В указанный период еще не были приняты стандарты и порядки оказания медицинской помощи, и не закреплена обязанность по их соблюдению при оказании платной медицинской помощи. При этом контроль за деятельностью частных медицинских учреждений в указанный период фактически сводился к контролю уполномоченных органов за соблюдением условий лицензии на право предоставления населению платных медицинских услуг. Однако несомненно, что возрождение частной медицины являлось исторически обусловленным положительным событием и соответствовало новому этапу жизни страны, предоставляя гражданам дополнительную свободу выбора способа получения медицинской помощи.

¹³¹ СЗ РФ. N 3. 15.01.1996. ст. 194.

Следующей особенностью развития системы здравоохранения на данном этапе перехода к рыночной экономике, отказа от господства государственной собственности, в совокупности с тяжелой экономической ситуацией, является факт того, что предприятия и организации стали постепенно отказываться от ведомственной медицины. В литературе указывается и на разрушение в указанный период сложившейся в СССР системы профилактики¹³².

Давая оценку сложившейся в указанный период системе здравоохранения, В.В. Власенкова указывает, что проведенные реформы «не привели к существенному улучшению качества медицинской помощи и удовлетворению потребностей в ней населения в необходимых объемах»¹³³.

В литературе подчеркивается, что «здравоохранение не могло динамически развиваться в условиях декларирования страховых принципов финансирования и сохранения устаревших форм организации деятельности медицинских учреждений, а также хронического недостатка всех видов ресурсов»¹³⁴.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. В постсоветский период произошел переход к модели страховой медицины, которая перманентно находится в стадии модернизации, т.к. в полной мере не отвечает страховым принципам.

2. Экономические и политические факторы, обусловившие введение страховой медицины, одновременно обусловили и разрушение хорошо зарекомендовавшей себя в советский период цеховой медицины.

3. Объем гарантированной государством бесплатной медицинской помощи зависел от предусмотренных для этих целей финансовых ресурсов, которые определялись без учета фактической потребности застрахованных граждан в медицинской помощи.

¹³² См. подр.: Государственно-общественное управление здравоохранением Российской Федерации/ под общ. ред. проф. Саркисян А.Г. и Злодеевой Е.Б. СПб., 2004. С. 22.

¹³³ Власенкова В.В. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2007. С. 3.

¹³⁴ Козаченко С.В. Пирогов М.В. Новые подходы к формированию программы ОМС в современных условиях// ГлавВрач. 2012. № 10. С. 41.

ГЛАВА 2. Право на медицинскую помощь в международно-правовых актах, его соотношение с правами граждан в сфере охраны здоровья и отраслевая принадлежность

§1. Международные стандарты права на медицинскую помощь

Правовое регулирование медицинской помощи в нашей стране основывается не только на положениях отечественного законодательства, но и положениях международно-правовых норм, закрепленных в различных источниках международного права. А.М. Лушников, М.В. Лушникова отмечают, что «общепризнанные принципы и нормы международного права, международные договоры являются необходимым минимумом социальных прав»¹³⁵.

Необходимо обратить внимание, что в силу специфики и особенностей содержания международно-правовых актов, касающихся медицинской помощи, они регламентируют не способы правового регулирования оказания медицинской помощи и не организационно-правовые формы систем здравоохранения отдельных стран, а закрепляют отдельные фундаментальные права граждан, в частности право на медицинскую помощь, а также более широкое по своему содержанию право на охрану здоровья. Но содержание указанных прав и установленные для граждан международно-правовые гарантии напрямую влияют на правовое регулирование медицинской помощи в нашей стране. В научной литературе отмечается, что «ратифицируя международные акты, содержащие общепризнанные принципы и нормы международного права, заключая двусторонние и многосторонние соглашения в сфере социального обеспечения, государства обязуются осуществлять деятельность по внедрению правовых норм, содержащихся в них»¹³⁶.

¹³⁵ Лушников А.М., Лушникова М.В., Турусина Н.Н. Договоры в сфере семьи, труда и социального обеспечения. М., 2010. С. 397.

¹³⁶ Истомина Е.А., Федорова М.Ю. Правовой механизм управления социальными рисками. Екатеринбург, 2018. С. 176.

Правовой базой для действия на территории Российской Федерации норм международного права, в том числе и в области права на охрану здоровья, является ч. 4 ст. 15 Конституции Российской Федерации¹³⁷, включающая в правовую систему нашей страны общепризнанные принципы и нормы международного права, а также международные договоры Российской Федерации. В литературе подчеркивается значимость норм международного права в сфере охраны здоровья¹³⁸.

Таким образом, принципиально важно определить, каким образом право на медицинскую помощь регламентируется в международно-правовых актах. Кроме того, поскольку право на медицинскую помощь является составной частью права на охрану здоровья, а отдельные международно-правовые акты регламентируют именно последнее, более широкое по объему право, а также связанное с ним самостоятельное право – право на здоровье, то в настоящем исследовании будет рассмотрено и международно-правовое регулирование права на охрану здоровья в той части, которая затрагивает гарантии в сфере медицинской помощи, а также право на здоровье.

Международно-правовые акты вообще, и содержащие нормы, посвященные праву на медицинскую помощь в частности, можно классифицировать по различным основаниям. Необходимо отметить, что различные авторы по-разному классифицируют указанные источники международного права. Так, В.Г. Борисова–Жарова выделяет универсальные и региональные уровни регулирования права на здоровье¹³⁹, Д.Г. Бартенев классифицирует право на охрану здоровья (право на здоровье) по различным условиям назначения и применения¹⁴⁰.

¹³⁷ СЗ РФ. 04.08.2014. № 31, ст. 4398.

¹³⁸ См. напр.: Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право: Учебник. М., 2007. С. 11.

¹³⁹ См. подр.: Борисова-Жарова В.Г. Международно-правовые основы обеспечения права человека на здоровье: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2008. С. 13.

¹⁴⁰ См. подр.: Бартенев Д.Г. Право на охрану здоровья в международном праве: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. С.-П., 2006. С. 16.

Как видно из вышеуказанных позиций, авторы, как правило, расходятся во взглядах не только по количеству уровней международно-правового регулирования, но и по тому, какие именно права человека они устанавливают. Одни используют термин «право на здоровье», другие «право на охрану здоровья». Соотношение права на медицинскую помощь с правом на охрану здоровья и с правом на здоровье будут рассмотрены в соответствующем параграфе настоящего исследования.

Представляется, что для правильного установления содержания международно-правовых актов в части правовой регламентации права на охрану здоровья и связанных с ним прав в сфере охраны здоровья, классификация их только по одному из критериев не даст желаемого результата. Это обусловлено спецификой самого предмета исследования, так как необходимо установить как содержание установленных гарантий на соответствующем уровне, так и определить круг лиц, на которых они распространяются. В связи с этим считаем необходимым использовать два критерия классификации: по уровню правового регулирования и по кругу лиц, на которых они распространяют свое действие.

По уровню международно-правового регулирования источники международного права, регламентирующие право на медицинскую помощь, можно классифицировать на: глобальные, региональные, акты международных организаций и международные договоры Российской Федерации. По кругу лиц, указанные источники можно классифицировать по тем категориям граждан, на которых направлено их действие: неопределенный круг лиц, дети, женщины, инвалиды, моряки и т.д. При рассмотрении соответствующих международно-правовых документов будут использованы одновременно два вышеуказанных критерия классификации.

На глобальном уровне международно-правового регулирования можно выделить следующие источники, распространяющие свое действие на неопределенный круг лиц.

Во Всеобщей Декларации прав человека, принятой и провозглашенной резолюцией 217А (III) Генеральной Ассамблеи ООН 10 декабря 1948 г.¹⁴¹ право на медицинский уход в п. 1 ст. 25 упоминается на уровне принципа международного права.

Анализ указанной нормы показывает, что изначально в Декларации среди прав человека было закреплено именно право на медицинский уход, необходимый для поддержания здоровья. При этом право на медицинский уход рассматривается в качестве составляющей жизненного уровня. Р.М. Шагеева применительно к данной норме отмечает, что «...в жизни общества люди составляют главный, ведущий фактор, движущую основу (силу) его развития. Для этого они должны быть полноценными, здоровыми»¹⁴².

Кроме того, необходимо отметить, что нормы об обеспечении медицинского ухода помещены в одну статью с нормами о других видах социального обслуживания. Это обстоятельство свидетельствует о том, что в данном международно-правовом акте медицинская помощь рассматривается в качестве разновидности социального обеспечения.

В Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах от 16 декабря 1966 года¹⁴³ (далее по тексту – Пакт), в п. 1 ст. 12 впервые юридически закрепляется право на здоровье. Необходимо обратить внимание на то, что в данном источнике закрепляется признание уже существующего права на здоровье со стороны государств – участников. В указанном пункте содержится следующая формулировка: «Участвующие в настоящем Пакте государства признают право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья». При этом создание условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни отражены в п. 2 ст. 12 Пакта, наряду с другими мерами по охране здоровья, в качестве обязательств государства по обеспечению права на здоровье.

¹⁴¹ Российская газета. 10.12.1998 г.

¹⁴² Шагеева Р.М. Проблемы применения принудительных мер медицинского характера. М., 2007. С. 8.

¹⁴³ Ведомости Верховного Совета СССР. 1976. № 17 (1831).

В то же время в указанном источнике международного права нет упоминания об уровне и объеме такой медицинской помощи. Буквальное толкование данной нормы позволяет сделать вывод о том, что государство должно обеспечить медицинскую помощь и медицинский уход в случае любой болезни.

Вышеуказанные обязательства государств подлежат скорейшему выполнению. Об этом прямо указано в п. 30 Замечаний общего порядка № 14 (в дальнейшем - Замечания), принятых Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам на 22 сессии (май, 2000 год)¹⁴⁴, посвященных ст. 12 Пакта, из п. 4 которых прямо следует, что «ссылка в пункте 1 статьи 12 Пакта на «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья» не ограничивается правом на охрану здоровья». Из указанного положения прямо следует, что в нем право на здоровье не отождествляется с правом на охрану здоровья.

В связи с тем, что рассматриваемый Пакт, а также ряд других рассмотренных ниже международно-правовых документов предусматривают конструкцию «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья», то необходимо определиться и с содержанием данного термина. М.Н. Малейна, анализируя указанное положение, отмечает, что «из содержания нормы непонятно, предполагается ли брать за основу наивысший достижимый уровень в регионе, стране или в мире»¹⁴⁵.

Полагаем, что о каком бы регионе или стране не говорить, в любом из них человек имеет право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, который не может быть искусственно ограничен. С другой стороны, невозможно отрицать, что на возможность достижения максимально возможного уровня здоровья влияют множество факторов, таких как: экономическое положение страны, особенности климата и окружающей среды,

¹⁴⁴ Сайт Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.refword.org.ru/docid/47ebcc3c2.html> (дата обращения: 25.04.2019).

¹⁴⁵ Малейна М.Н. Законодательство о здравоохранении в России: Современное состояние и перспективы развития// Современное медицинское право в России и за рубежом: сборник научных трудов/ отв. ред. О.Л. Дубовик, Ю.С. Пивоваров. М., ИНИОН, 2003. С. 21.

природные особенности человека и т.д.

По нашему мнению, «если сначала рассматриваемая конструкция использовалась при формулировании права на здоровье, то в дальнейшем, достижение возможно высшего уровня здоровья постепенно трансформировалось в важнейшую всемирную социальную задачу. Представляется, что конструкцию «наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья» можно рассматривать в качестве международно-правовой цели»¹⁴⁶.

Следующим важнейшим международно-правовым документом является Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения¹⁴⁷ (в дальнейшем – ВОЗ), принятый 22 июля 1946 года в Нью-Йорке, в преамбуле которого в качестве права человека закрепляется право на здоровье, а здоровье определяется как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствия болезней или физических дефектов.

Устав ВОЗ является документом, посвященным различным организационным вопросам функционирования ВОЗ, при этом преамбула к Уставу посвящена закреплению основополагающих норм и принципов в области права на здоровье граждан.

Среди принципов, способствующих реализации права на здоровье в Уставе ВОЗ предусмотрены:

- доступность достижений в области медицины, психологии и родственных наук;
- принцип ответственности органов власти за здоровье населения.

Следующей группой источников международного права на глобальном уровне являются международно-правовые документы, регламентирующие права отдельных категорий граждан в сфере охраны здоровья.

¹⁴⁶ Нечаев С.В. Международные стандарты права на охрану здоровья// Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. 2010. № 4 (14), октябрь-декабрь. С. 58.

¹⁴⁷ [Электронный ресурс] – Доступ из справ. - правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

Конвенция о правах ребенка от 20 ноября 1989 года¹⁴⁸ в ч. 1 ст. 24 закрепляет право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Данная Конвенция была подписана от имени СССР 26 января 1990 г. и ратифицирована Постановлением ВС СССР от 13 июня 1990 г. N 1559-І¹⁴⁹.

Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин от 18 декабря 1979 г.¹⁵⁰ предусматривает в ч. 1 ст. 12 норму, направленную на ликвидацию дискриминации в отношении женщин в области здравоохранения, а в ч. 2 ст. 12 право на медицинскую помощь, а также дополнительные права женщин в области охраны здоровья, связанные с периодом беременности и кормления. Данная Конвенция была ратифицирована на основании Указа Президиума ВС СССР от 19 декабря 1980 г. N 3565-Х¹⁵¹. На основании Указа Президиума ВС СССР от 10 февраля 1989 г. N 10125-ХІ¹⁵² была снята оговорка о непризнании обязательной юрисдикции Международного Суда ООН, сделанная при ратификации.

Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме, утвержденный резолюцией Ассамблеи ООН 43/173 от 09.12.1988¹⁵³ в 24 принципе закрепляет право на медицинскую помощь в отношении отдельной категории граждан – подвергаемых задержанию или заключению.

Декларация о правах инвалидов, провозглашенная резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеи от 9 декабря 1975 года¹⁵⁴, в числе прав инвалидов

¹⁴⁸ Ведомости Съезда народных депутатов СССР и Верховного Совета СССР. 1990 г. N 45, ст. 955.

¹⁴⁹ Ведомости Съезда народных депутатов СССР и Верховного Совета СССР. 1990 г., N 26.

¹⁵⁰ Ведомости Верховного Совета СССР, 1982 г., N 25 (2151), ст. 464.

¹⁵¹ Ведомости Верховного Совета СССР. 1981. 7 января. N 1, ст.3.

¹⁵² Ведомости Верховного Совета СССР. 1989 г., N 11, ст. 79.

¹⁵³ Советская юстиция. 1992 г., N 6, стр. 20.

¹⁵⁴ [Электронный ресурс] – Доступ из справ. - правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

закрепляет право на медицинское, психическое или функциональное лечение, включая протезные и ортопедические аппараты и на восстановление здоровья.

В качестве промежуточного итога необходимо отметить, что в международно-правовых нормах на глобальном уровне закрепляющих права в области охраны здоровья, в том числе права на медицинскую помощь, отсутствует единство понятийного аппарата. В них встречаются следующие термины: право на здоровье, право на охрану здоровья, право на медицинскую помощь. Использование различной терминологии приводит к возможности, с одной стороны, различного толкования указанных норм, с другой - пониманию в качестве тождественных понятий, не идентичных по своему содержанию. Данная проблема требует научного осмысления на основании теоретических подходов и анализа норм не только международного, но и отечественного законодательства с целью установления характера, правовой природы и соотношения указанных прав между собой. Исследование указанных вопросов будет проведено в самостоятельном параграфе настоящей работы.

Следующей группой источников международного права при их классификации по уровню международно-правового регулирования являются региональные источники.

Европейская Социальная Хартия¹⁵⁵ (далее по тексту – Хартия), принятая 18 октября 1961 года в г. Турине и пересмотренная 3 мая 1996 года в г. Страсбурге, в соответствии со вторым критерием классификации относится к источникам, распространяющимся на неопределенный круг лиц.

Ст. 11 Хартии обязывает государства-участники в целях обеспечения эффективного осуществления права на охрану здоровья принять меры, направленные на:

1. устранение, насколько это возможно, причин нарушения здоровья;
2. предоставление услуг консультационного и просветительского характера, направленных на укрепление здоровья и поощрение личной ответственности за свое здоровье;

¹⁵⁵ Бюллетень международных договоров. 2010. Апрель. № 4. С. 17 - 67

3. предотвращение, насколько это возможно, эпидемических, эндемических и других заболеваний, а также несчастных случаев.

Необходимо обратить внимание на то, что применительно к 1 и 3 мерам, которые должны быть приняты государством в сфере охраны здоровья, используется формулировка «насколько это возможно», имеющая, по сути, не конкретизированный характер и не устанавливающая критериев, на основании которых можно было бы определить наличие или отсутствие такой возможности. Российская Федерация ратифицировала данную Хартию Федеральным законом от 03 июня 2009 года № 101-ФЗ¹⁵⁶, с принятием на себя обязательств, предусмотренных в ст. 11 Хартии.

Ст. 13 Хартии посвящена праву на социальную и медицинскую помощь. В преамбуле указанной статьи в качестве ее цели обозначено обеспечение эффективного осуществления права на социальную и медицинскую помощь, а п. 1 возлагает на государства-участники при определенных условиях обязанности по обеспечению необходимой помощи и ухода в случае болезни любому лицу, которое не имеет достаточных средств к существованию. При этом положения, предусмотренные ст. 13 Хартии, на данный момент Российской Федерацией не ратифицированы. Полагаем, что во многом это обусловлено не достаточно четко сформулированным составом юридических фактов, необходимых для определения как категорий лиц, подпадающих под действие данной нормы, так и отсутствием критериев необходимого ухода в том или ином состоянии. Кроме того, положения данной статьи не ставят получение медицинской помощи в какую-либо взаимосвязь с действующей в нашей стране системой оказания бесплатной медицинской помощи. Однако полагаем, что указанная ст. 13 Хартии, в силу своей социальной направленности устанавливающая дополнительные гарантии в сфере медицинской помощи, также должна быть ратифицирована, естественно с разработкой соответствующих медицинских, социальных и финансовых критериев. Ю.В. Васильева справедливо отмечает, что «главные же усилия российского государства должны быть направлены на скорейшую

¹⁵⁶ СЗ РФ. № 23. 2009. 08 июня. ст. 2756.

ратификацию базовых для социального обеспечения актов международного и европейского права»¹⁵⁷.

Следующей региональной организацией, акты которой распространяют свое действие на территории РФ, является Содружество Независимых Государств (далее по тексту – СНГ).

В процессе деятельности СНГ был принят целый ряд соглашений, регламентирующих отдельные аспекты охраны здоровья и медицинской помощи, носящие как рамочный характер, так и устанавливающие конкретные правомочия для отдельных субъектов обеспечения или по отдельным видам обеспечения. И.В. Григорьев отмечает, что «многосторонние соглашения государств-участников СНГ в общих чертах регулируют вопросы предоставления различных видов социального обеспечения и достаточно подробно регламентируют направления сотрудничества государств-участников»¹⁵⁸.

Так, в ст. 1 Соглашения об организации медицинского обеспечения военнослужащих и членов их семей, рабочих и служащих Вооруженных Сил государств - участников Содружества, Объединенных Вооруженных Сил Содружества Независимых Государств от 15 мая 1992 года¹⁵⁹ определяется, что военнослужащие при наличии медицинских показаний направляются на обследование и лечение в военно-медицинские учреждения государств Содружества на не дискриминационной основе, а при отсутствии такой возможности - в гражданские учреждения здравоохранения. Также указанное соглашение затрагивает вопросы медицинской помощи членам семей указанных категорий граждан и вопросы санаторно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в воинских частях, военно-учебных заведениях, предприятиях и организациях.

¹⁵⁷ Васильева Ю.В. К вопросу кодификации и учета наднациональных правовых актов в российском законодательстве (на примере законодательства о социальном обеспечении)// Вестник трудового права и права социального обеспечения. Выпуск 4. Международное трудовое право и право социального обеспечения/под ред. А.М. Лушниковой, М.В. Лушниковой. Ярославль, 2009. С. 102.

¹⁵⁸ Григорьев И.В. Социальное обеспечение трудящихся-мигрантов (правовые вопросы): автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург, 2006. С. 17.

¹⁵⁹ Бюллетень международных договоров. 1994. № 6.

Соглашение о сотрудничестве в области охраны здоровья населения от 26 июня 1992 года¹⁶⁰, заключенное правительствами государств-участников СНГ, носит рамочный характер и направлено на проведение консультаций и обмена опытом работы по совершенствованию различных аспектов системы управления здравоохранением, что прямо закреплено в ст. 1 Соглашения. Кроме того, из ст. 2 Соглашения можно вывести общий принцип недопущения действий в сфере охраны здоровья, которые могут оказать неблагоприятное влияние на здоровье граждан других государств.

Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств – участников Содружества Независимых Государств от 27 марта 1997 года¹⁶¹ в ст. 2 закрепляет беспрепятственное, бесплатное и в полном объеме предоставление гражданам скорой и неотложной медицинской помощи. В данном случае имеет место закрепление на уровне международной организации права на скорую и неотложную помощь и установление его объема. Применительно к плановой медицинской помощи в ст. 3 данного Соглашения определяется, что ее оказание на территории государства временного пребывания осуществляется на платной основе.

В Соглашении о сотрудничестве в решении проблем ВИЧ-инфекции от 25 ноября 1998 года¹⁶² государства-участники закрепили в ст. 2 обязанность по оказанию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом в соответствии с положениями вышерассмотренного Соглашения от 27 марта 1997 года.

В соответствии с Соглашением о профилактике йоддефицитных состояний среди населения государств-участников Содружества Независимых Государств от 31 мая 2001 года¹⁶³ стороны обязались осуществлять согласованную политику по профилактике йоддефицитных состояний среди населения.

В Соглашении о сотрудничестве в области санитарной охраны территорий

¹⁶⁰ Бюллетень международных договоров. 1993. № 6.

¹⁶¹ Российская газета. N 90. 12.05.1997.

¹⁶² [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы «Гарант». Режим доступа – локальный.

¹⁶³ Бюллетень международных договоров. 2002. № 3.

государств-участников Содружества Независимых Государств от 31 мая 2001 года¹⁶⁴ предусмотрены меры по предотвращению завоза и распространения особо опасных для населения болезней. Российская Федерация в данном соглашении не участвует.

В соответствии с Договором о Евразийском экономическом союзе¹⁶⁵, подписанным в г. Астане 29.05.2014 г. (в дальнейшем – договор о ЕАЭС) с 1 января 2015 года стал функционировать Евразийский экономический союз (в дальнейшем – ЕАЭС или Союз). В настоящее время его членами являются: Республика Беларусь, Республика Казахстан, Российская Федерация, Кыргызская Республика и Республика Армения.

В рамках данного договора регламентируются права: на получение скорой медицинской помощи; на получение платной медицинской помощи; на медицинскую помощь, предоставление которой для трудящихся государств-членов и членов семей предусмотрено законодательством государства трудоустройства; право доступа трудящихся государств-членов и членов семей (право быть застрахованным) к системам обязательного медицинского страхования государств-членов.

Особенности характера и способов реализации указанных прав позволяют говорить о формировании модели медицинской помощи ЕАЭС (подробно указанная модель будет рассмотрена в следующем параграфе настоящего исследования).

Следующей группой международно-правовых актов, регламентирующих право на медицинскую помощь, являются акты международных организаций.

В процессе деятельности ВОЗ был принят ряд основополагающих актов в сфере здравоохранения, касающийся широкого круга вопросов.

¹⁶⁴ [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы «Гарант». Режим доступа – локальный.

¹⁶⁵ [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы Консультант плюс. Режим доступа локальный.

Алма-Атинская Декларация¹⁶⁶, принятая в ходе Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, проходившей в Алма-Ате 6–12 сентября 1978 г., по-прежнему не утратила своей значимости, и на ее положения ссылаются и более поздние акты Всемирной организации здравоохранения. Так, в п. 1 Декларации закрепляется, что достижение возможно высшего уровня здоровья составляет важнейшую всемирную социальную задачу. Кроме того, необходимо обратить внимание, что упоминается не о наивысшем, а только о возможно высшем уровне здоровья, при этом не раскрывается о каком и в каких условиях возможно высшем уровне идет речь. Буквально толкуя данную норму, можно говорить и о возможно высшем на уровне страны, региона, города и т.д. уровне.

В Астанинской декларации¹⁶⁷, принятой в ходе «Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи: от Алма-Атинской декларации к всеобщему охвату услугами здравоохранения и Целям в области устойчивого развития», проходившей 25 и 26 октября 2018 года в Астане (Казахстан) были не только подтверждены обязательства, закрепленные в Алма-Атинской декларации, но и поставлены новые задачи в сфере совершенствования оказания медицинской помощи. В контексте проводимого исследования отметим, что в разделе I указанной декларации закрепляется приверженность фундаментальному праву каждого человека на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья без каких-либо различий. То есть прослеживается тенденция все большей международно-правовой значимости права на здоровье, с приданием ему характеристики «фундаментальности». При этом в разделе IV Декларации закрепляется, что государства на всех уровнях играют главную роль и несут первоочередную ответственность за поощрение и защиту права каждого человека

¹⁶⁶ Текст декларации размещен на официальном сайте ООН. [Электронный ресурс]. URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml (дата обращения: 25.04.2019).

¹⁶⁷ Текст декларации размещен на официальном сайте Всемирной организации здравоохранения. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-ru.pdf> (дата обращения: 25.04.2019).

на обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья. Отдельно необходимо остановиться на закреплённом в разделе V Декларации положении о том, что первичная медико-санитарная помощь организовывается в соответствии с национальными законами, условиями и приоритетами. Таким образом, с одной стороны, в декларации устанавливаются меры по всестороннему улучшению первичной медико-санитарной помощи, а с другой стороны, государствам-участникам предоставляется возможность осуществления данных мер в рамках национального законодательства и других национальных особенностей.

Международная Организация Труда (далее по тексту - МОТ) так же внесла существенный вклад в регулирование вопросов права на медицинскую помощь. В принятых МОТ документах регламентируются вопросы оказания медицинской помощи, касающиеся как всех работников, так и их отдельных категорий. В задачу настоящего исследования не входит детальный анализ специфики всех нормативных документов МОТ, касающихся специфики регулирования медицинской помощи тем или иным категориям работников (поскольку это задача для отдельного исследования), автор остановится на наиболее значимых документах МОТ, регламентирующих медицинскую помощь.

МОТ регулирует трудовые и социальные отношения посредством принятия конвенций и рекомендаций. В научной литературе отмечается, что «в случае ратификации конвенции государство обязано принять законодательные или иные акты для проведения ее в жизнь»¹⁶⁸. Применительно к рекомендации указывается, что «она представляет собой обращенное к государствам пожелание, предложение (совет) ввести соответствующие нормы в национальное законодательство»¹⁶⁹.

В Рекомендации МОТ № 5 (29 октября 1919 года – 27 января 1920 года) «О создании государственных служб здравоохранения»¹⁷⁰ рекомендуется создание государственных служб в области охраны здоровья трудящихся. При этом

¹⁶⁸ Киселев И.Я., Лушников А.М. Трудовое право России и зарубежных стран: Учебник/ И.Я. Киселев, А.М. Лушников/ Под. ред. М.В. Лушниковой. М., 2008. С. 485.

¹⁶⁹ Там же. С. 486.

¹⁷⁰ Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1919 - 1956. Т. I.- Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 26.

предусматривается реализация данной Рекомендации посредством законодательства каждой страны или другим путем в соответствии с положениями Устава МОТ.

Одним из важнейших актов МОТ является Рекомендация от 12 мая 1944 г. № 69 «О медицинском обслуживании»¹⁷¹ (далее по тексту Рекомендация МОТ № 69), в соответствии с п. 1 которой служба медицинского обслуживания должна обеспечить каждому лицу медицинский уход со стороны лиц медицинской и смежных с нею профессий, а также все другие виды лечебного и профилактического обслуживания, предоставляемые лечебными заведениями.

В Конвенции МОТ № 102 от 28.06.1952 г. «О минимальных нормах социального обеспечения»¹⁷² (далее по тексту – Конвенция МОТ № 102) в разделе II установлены минимальные гарантии в части медицинского обслуживания, которые государства-члены должны обеспечить. Положения указанной Конвенции вступили в силу для Российской Федерации с 1 января 2019 года, на основании Федерального закона РФ от 03.10.2018 г. № 349-ФЗ «О ратификации Конвенции о минимальных нормах социального обеспечения (Конвенции № 102)»¹⁷³.

Конвенция МОТ № 117 от 22 июня 1962 года «Об основных целях и нормах социальной политики»¹⁷⁴, в подп. (f) п. 1 ст. 14 направлена на упразднение дискриминации среди трудящихся. Российская Федерация в данной Конвенции не участвует.

Конвенция МОТ № 157 от 21 июня 1982 года «Об установлении международной системы сохранения прав в области социального обеспечения»¹⁷⁵ в ч. 1 ст. 2 медицинское обслуживание относит к числу отраслей социального обеспечения. Российская Федерация в данной Конвенции не участвует.

¹⁷¹ Там же. С. 616 - 633.

¹⁷² [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы Консультант плюс. Режим доступа локальный.

¹⁷³ СЗ РФ. 08.10.2018. N 41, ст. 6189.

¹⁷⁴ [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы Гарант. Режим доступа локальный.

¹⁷⁵ Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1957 - 1990. Т. II.- Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 1971-1982.

Рекомендация МОТ от 25 июня 1953 г. № 97 «Об охране здоровья работников на местах работы»¹⁷⁶ устанавливает, что требование о наличии в законодательстве каждой страны положений о средствах предупреждения, уменьшения или устранения на местах работы вредных для здоровья условий, включая методы, применение которых может быть необходимым и подходящим в отношении особо вредных для здоровья данных работников условий. При этом в данной Рекомендации МОТ не только декларируются права работников, но и закрепляются корреспондирующие обязанности работодателей по обеспечению охраны здоровья работников. МОТ были приняты Конвенции и Рекомендации, касающиеся охраны здоровья и медицинской помощи работников отдельных профессий. Так, например, Конвенция МОТ № 164 от 08 октября 1987 года «О здравоохранении и медицинском обслуживании моряков»¹⁷⁷ закрепляет положение о том, что медицинское обслуживание моряков и охрана их здоровья осуществлялась на уровне, по возможности сравнимым с теми, которые обычно предоставляются работодателям на берегу. При этом морякам гарантируют право безотлагательного обращения к врачу в порту захода, если это практически осуществимо. Российская Федерация в данной Конвенции не участвует.

Конвенция МОТ № 77 от 09 октября 1946 года «О медицинском освидетельствовании детей и подростков с целью выяснения их пригодности к труду в промышленности»¹⁷⁸ закрепляет обязанность властей по лечению детей и подростков в определенных ситуациях. СССР ратифицировал данную Конвенцию Указом Президиума Верховного Совета СССР от 06 июля 1956 года «О ратификации конвенций Международной Организации Труда (МОТ)»¹⁷⁹.

¹⁷⁶ Конвенции и рекомендации, принятые Международной Конференцией труда. 1919 - 1956. Т. I. С. 1100 - 1105.

¹⁷⁷ Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1957 - 1990. Т. II. С. 2111-2120.

¹⁷⁸ Конвенции и рекомендации, принятые Международной Конференцией труда. 1919 - 1956. Т. I. С. 759 - 765.

¹⁷⁹ Ведомости Верховного Совета СССР. 1956. 10 июля. № 14, Ст. 301.

Конвенция МОТ № 103 «Относительно охраны материнства (пересмотренная в 1952 году)» от 28 июня 1952 года¹⁸⁰ регламентирует медицинскую помощь (включая уход и наблюдение), связанную с родами, причем, по мере возможности, предоставляется полная свобода как в выборе врача, так и в выборе между государственными и частными медицинскими учреждениями.

Следующей группой источников международного права являются международные договоры (многосторонние и двухсторонние), участником которых является Российская Федерация.

Среди многосторонних договоров можно выделить Соглашение о взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи от 24 ноября 1998 года¹⁸¹ (для России вступило в силу - с 24 июля 2002 года). Указанное Соглашение было заключено более узким кругом государств-участников СНГ вне рамок СНГ, поскольку предоставляло большие гарантии при получении скорой и неотложной помощи, чем предусмотренные в аналогичном Соглашении СНГ. Основное отличие заключается в объеме такого права – в его конструкции норма об оплате оказанной после устранения угрозы для жизни больного или здоровья окружающих медицинской помощи, была заменена правилом об оказании такой помощи на равных правах с гражданами государства, где оказывается помощь. В настоящее время данное соглашение действует в части, не противоречащей договору о ЕАЭС.

Правительством РФ и Минздравом РФ также был заключен целый ряд двухсторонних соглашений с правительствами и профильными министерствами других государств по вопросам сотрудничества в области здравоохранения и медицинской науки. Например: Соглашение между Правительством Российской Федерации и Правительством Словацкой Республики о сотрудничестве в области

¹⁸⁰ Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1919 - 1956. Т. I.- Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 1088-1094.

¹⁸¹ СЗ РФ. 28.11.2005. N 48, ст. 4970.

здравоохранения и медицинской науки от 05 сентября 1994 г.¹⁸²; Соглашение между Правительством Российской Федерации и Правительством Республики Болгарии о сотрудничестве в области здравоохранения и медицинской науки от 07 июля 2014 г.¹⁸³ и др. Подобные соглашения носят рамочный характер, определяя основные направления сотрудничества. Среди них: охрана здоровья и окружающей среды; охрана здоровья матери и ребенка; организация оказания медицинской помощи населению и др. Основными формами сотрудничества в рамках указанных соглашений являются: обмен информацией; обмен специалистами и делегациями; участие экспертов в конгрессах и научных конференциях, организуемых одной из Сторон; осуществление других взаимно согласованных форм сотрудничества в области здравоохранения, медицинской науки и санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В соответствии с соглашением между Правительством Российской Федерации и Правительством Азербайджанской Республики о сотрудничестве в области медицины и здравоохранения от 7 октября 1995 года¹⁸⁴ в ст. 3 стороны договорились развивать взаимовыгодное сотрудничество по целому ряду областей здравоохранения и медицинской науки: оказание первичной и специализированной помощи взрослому и детскому населению; профилактическая медицина и охрана окружающей среды; санаторно-курортное лечение и реабилитация; медицинское страхование населения и др.

Кроме того, отдельные двусторонние соглашения, аналогично актам СНГ, устанавливают дополнительные гарантии для отдельных категорий субъектов обеспечения. Так, в соответствии со ст. 1 Соглашения между Правительством Российской Федерации и Правительством Киргизской Республики о медицинском обеспечении военнослужащих и гражданского персонала воинских частей Вооруженных Сил Российской Федерации на территории Киргизской Республики,

¹⁸² [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы «Гарант». Режим доступа – локальный.

¹⁸³ Бюллетень международных договоров. 2014. № 11.

¹⁸⁴ Бюллетень международных договоров. 1996. № 2.

а также членов их семей от 13 октября 1995 года¹⁸⁵ Киргизская Сторона обеспечивает оказание всех видов медицинской помощи военнослужащим воинских частей Вооруженных Сил Российской Федерации, дислоцированным на территории Киргизской Республики, в военно-лечебных учреждениях Вооруженных Сил Киргизской Республики, в соответствии с законодательством, применяемым к ее Вооруженным Силам, а при отсутствии такой возможности бесплатно в гражданских учреждениях местных органов здравоохранения Киргизской Республики и в неотложных случаях. При этом ст. 2 Соглашения предусмотрено, что членам семей военнослужащих и гражданскому персоналу медицинская помощь оказывается в гражданских учреждениях местных органов здравоохранения на тех же условиях, что и гражданам Киргизской Республики.

Отдельное место в ряду двухсторонних соглашений РФ занимает Соглашение от 24 января 2006 года между Правительством Республики Беларусь и Правительством Российской Федерации «О порядке оказания медицинской помощи гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации и гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь»¹⁸⁶, принятое в целях реализации положений Договора между Республикой Беларусь и Российской Федерацией от 08 декабря 1999 года «О создании Союзного государства»¹⁸⁷ и Договора от 25 декабря 1998 года между Республикой Беларусь и Российской Федерацией «О равных правах граждан»¹⁸⁸. В соответствии с указанным Соглашением граждане РБ при нахождении в РФ, граждане РФ при нахождении в РБ имеют в аналогичных ситуациях равные права на получение медицинской помощи.

Характеризуя международные договоры РФ, необходимо отметить, что они устанавливают взаимные обязательства сторон по вопросам охраны здоровья и оказания медицинской помощи. При этом такие обязательства могут носить как рамочный характер, определяя направления сотрудничества, так и устанавливая

¹⁸⁵ Бюллетень международных договоров. 1996. № 3.

¹⁸⁶ СЗ РФ. 26.05.2008. N 21, ст. 2395.

¹⁸⁷ СЗ РФ. 14.02.2000. N 7, ст. 786.

¹⁸⁸ СЗ РФ. 22.11.1999. N 47, ст. 2625.

конкретные права и обязанности для участников соответствующих правоотношений.

Д.Г. Бартенев отмечает, что «в настоящее время не существует общепризнанного международного стандарта содержания права на охрану здоровья»¹⁸⁹. И.А. Колоцей, указывает, что «международные акты, провозглашающие право на охрану здоровья, не устанавливают четких границ права индивида и обязательств государств в реализации данного права»¹⁹⁰.

Однако, несмотря на отсутствие единого системного акта, регламентирующего на международно-правовом уровне все вопросы, связанные с охраной здоровья и медицинской помощью, на основании системного анализа отдельных норм, содержащихся в различных источниках международного права, в обобщенном виде можно выделить отдельные положения и принципы, которые можно рассматривать в качестве таких стандартов. Г.С. Лаптев отмечает, что «представляется перспективным понимание международных стандартов в качестве некой модели правового регулирования, которая посредством взаимодействия международного и внутригосударственного правопорядков повышает эффективность правового регулирования в той или иной сфере общественных отношений»¹⁹¹. При этом подобные стандарты можно дифференцировать по уровню их действия на глобальные (общемировые) и региональные (распространяющие свое действия на государства-участники соответствующего регионального объединения).

Применительно к праву на здоровье отметим, что в международно-правовых актах оно рассматривается в качестве фундаментального права человека, которое обеспечивается, в том числе, правом на охрану здоровья и правом на медицинскую помощь (подробно соотношение и взаимодействие указанных прав будет рассмотрено в отдельном параграфе настоящего исследования).

¹⁸⁹ Бартенев Д.Г. Право на охрану здоровья в международном праве. С. 8.

¹⁹⁰ Колоцей И.А. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь как конституционная ценность: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. С.-П., 2010. С. 10.

¹⁹¹ Лаптев Г.С. Международные стандарты социального обеспечения: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург, 2011. С. 16.

К общемировым международным стандартам права на охрану здоровья, содержащихся в международно-правовых актах глобального уровня, а также актах ВОЗ и МОТ, можно отнести:

- ответственность органов власти за здоровье населения;
- принятие мер в сфере охраны окружающей среды и в области охраны труда;
- предотвращение, насколько это возможно, эпидемических, эндемических и других заболеваний, а также несчастных случаев;
- устранение, насколько это возможно, причин нарушения здоровья;
- обеспечение здорового развития ребенка, сокращения мертворождаемости и детской смертности;
- предоставление услуг консультационного и просветительского характера, направленных на укрепление здоровья и поощрение личной ответственности за свое здоровье;
- доступность достижений в области медицины, психологии и родственных наук.

При этом составной частью права на охрану здоровья на общемировом уровне является право на медицинскую помощь. В качестве международно-правовых стандартов на данном уровне можно выделить:

- создание условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни;
- отсутствие дискриминации по какому-либо признаку при оказании медицинской помощи;
- специальная регламентация гарантий получения медицинской помощи для отдельных категорий и групп населения (детей, инвалидов, задержанных или помещенных под стражу лиц, работников отдельных профессий и др.);
- лечение эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней;
- предоставление медицинской помощи в целях здорового развития ребенка, сокращения мертворождаемости и детской смертности;

- организация и всестороннее улучшение оказания медицинской помощи в соответствии с национальными законами, условиями и приоритетами.

На региональном уровне для Российской Федерации это, в первую очередь уровень СНГ, в качестве основных стандартов охраны здоровья можно рассматривать следующие:

- недопущение в сфере охраны здоровья действий, которые могут повлечь негативные последствия для здоровья;

- соблюдение требований по предотвращению завоза и распространения особо опасных для граждан болезней.

Применительно к медицинской помощи к основным стандартам СНГ можно отнести:

- предоставление бесплатной скорой и неотложной медицинской помощи гражданам беспрепятственно, бесплатно и в полном объеме на территории государства временного пребывания;

- предоставление при определенных условиях медицинской помощи на равных условиях с гражданами других государств СНГ;

- предоставление гражданам государств-участников плановой медицинской помощи по месту пребывания на возмездной основе.

Таким образом, для Российской Федерации рассмотренные стандарты (вне зависимости от того, носят они обязательный или рекомендательный характер, устанавливают рамочные или конкретизированные обязательства) скорее устанавливают общие направления и принципы закрепления права на охрану здоровья и права на медицинскую помощь в национальной системе здравоохранения, чем устанавливают конкретные правомочия человека как субъекта обеспечения.

На этом фоне выделяется право на медицинскую помощь в объеме, установленном Договором о ЕАЭС. В нем не только определяются направления и принципы регулирования, не только закрепляется определенный объем права на медицинскую помощь, но и закрепляется каталог конкретизированных прав трудящихся государств – членов ЕАЭС и членов их семей на медицинскую

помощь, а также механизмы интеграции указанных прав в национальные системы здравоохранения. Можно говорить о формировании модели медицинской помощи ЕАЭС, в рамках которой начинает формироваться будущее наднациональное право на медицинскую помощь. Указанная модель в силу своей специфики и актуальности требует самостоятельного исследования, которое будет проведено в следующем параграфе настоящей работы.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. На уровне международно-правового регулирования закрепляются такие права человека как: право на здоровье, право на охрану здоровья, право на медицинскую помощь.

2. Международно-правовые стандарты права на охрану здоровья и права на медицинскую помощь устанавливают основные направления и принципы закрепления указанных прав в рамках национальных систем здравоохранения.

3. В рамках Евразийского экономического союза происходит формирование наднационального права на медицинскую помощь, основанного на интеграции в национальные системы здравоохранения прав граждан трудящихся государств-членов ЕАЭС в объеме, превышающем глобальные и региональные стандарты.

§2. Правовая модель медицинской помощи Евразийского экономического союза

В соответствии с Договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29.05.2014 г. с 1 января 2015 года стал функционировать Евразийский экономический союз. Как уже указывалось в предыдущем параграфе, в настоящее время его членами являются: Республика Беларусь, Республика Казахстан, Российская Федерация, Кыргызская Республика и Республика Армения. С.Ю. Головина, Н.Л. Лютов отмечают, что «экономический союз предусматривает свободу движения товаров, услуг, капитала и рабочей

силы, проведение скоординированной, согласованной или единой политики в отдельных отраслях экономики»¹⁹².

Создание единого экономического пространства, трудовая миграция выводят на первый план и вопросы обеспечения медицинской помощью трудящихся государств-членов ЕАЭС и членов их семей.

Правовую модель медицинской помощи ЕАЭС (для трудящихся государств-членов и членов их семей) составляют следующие права:

- право на получение скорой медицинской помощи;
- право на получение платной медицинской помощи;
- право на медицинскую помощь, предоставление которой для трудящихся государств-членов и членов семей предусмотрено законодательством государства трудоустройства;
- право доступа (право быть застрахованным) к системам обязательного медицинского страхования государств-членов.

Указанные права формируют основу будущего наднационального права на медицинскую помощь в объеме, установленном договором о ЕАЭС. Основанием для этого является ст. 6 указанного договора, вводящая категорию «право Союза».

Право трудящихся государств-членов и членов семей на получение скорой медицинской помощи (в экстренной и неотложной формах) закреплено в ч. 4 ст. 98 договора о ЕАЭС.

Приложение № 30 к договору о ЕАЭС – «Протокол об оказании медицинской помощи трудящимся государствам-членам и членам их семей» (в дальнейшем – Протокол) раскрывает содержание указанного права, устанавливая в п. 4, что оно предоставляется в том же порядке и на тех же условиях, что и гражданам государства трудоустройства. Такая помощь оказывается медицинскими организациями (учреждениями здравоохранения) государственной и муниципальной систем здравоохранения государства трудоустройства бесплатно, независимо от наличия медицинского страхового полиса.

¹⁹² Головина С.Ю., Лютов Н.Л. Трудовые споры в государствах ЕАЭС: понятийный аппарат и классификация// Российский юридический журнал. 2016. N 6. [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа локальный.

Иными словами, в самом учредительном договоре об ЕАЭС закрепляется соответствующее право на бесплатную медицинскую помощь (в экстренной и неотложной формах). Данное право устанавливается в качестве самостоятельного права Союза, поскольку, с одной стороны, оно закреплено в самом договоре о ЕАЭС, а с другой стороны, несмотря на отсылку к порядку, предусмотренному законодательством государства трудоустройства, предоставляется бесплатно, независимо от наличия или отсутствия полиса медицинского страхования. Государства-члены ЕАЭС должны обеспечить на своей территории реализацию указанного права на тех же условиях, что и для своих граждан, независимо от того, в какой организационно-правовой форме оно реализуется в конкретном государстве, о чем свидетельствует указание на независимость от полиса обязательного медицинского страхования.

Необходимо отметить, что закрепление данного права в качестве наднационального не является новацией договора о ЕАЭС. В предыдущем параграфе уже анализировались заключенные в рамках СНГ соглашения, в которых также закрепляется право на скорую и неотложную медицинскую помощь в определенном объеме.

Несмотря на определенную степень дублирования рассматриваемого права в вышеуказанных международных актах, преуменьшать значимость его закрепления в договоре о ЕАЭС не стоит. Возможное изменение форматов международных организаций, участником которых является Российская Федерация, в том числе в случае выхода из них, может повлечь прекращение указанного права в силу прекращения членства, но позволит сохранить такое право в рамках ЕАЭС.

Право трудящихся государств-членов и членов семей на получение платной медицинской помощи также закреплено в ч. 4 ст. 98 договора о ЕАЭС, посредством использования формулировки право на получение «и иной медицинской помощи». То есть в самом договоре используется конструкция «право», соответственно предусмотренные в приложении 30 к договору нормы,

регламентирующие возможность получения тех или иных видов медицинской помощи можно рассматривать в качестве прав трудящихся и членов их семей.

Из п. 5 Протокола следует, что оплата всей медицинской помощи, оказываемая после устранения непосредственной угрозы жизни пациента или здоровья окружающих осуществляется непосредственно пациентом или из иных источников, по тарифам или договорным ценам. В данном случае закрепление права на платную медицинскую помощь в качестве наднационального, несмотря на то, что по сути оно не порождает дополнительных прав на бесплатную медицинскую помощь, важно с точки зрения международно-правовой гарантии оказания, пусть и возмездно, но необходимой медицинской помощи.

Право на медицинскую помощь, предоставление которой для трудящихся государств-членов и членов семей предусмотрено законодательством государства трудоустройства, также вытекает из закрепленного в ч. 4 ст. 98 договора о ЕАЭС права на получение иной медицинской помощи.

В п. 3 Протокола используется в данном случае коллизийная привязка к законодательству государства трудоустройства, которая позволяет каждому государству-члену ЕАЭС установить для трудящихся государств-членов ЕАЭС и членов их семей дополнительные права на объем медицинской помощи, не предусмотренные и не гарантированные самим договором о ЕАЭС. Фактически данная норма оставляет возможность для появления новых прав на получение медицинской помощи без внесения изменений в сам договор о ЕАЭС.

Совсем другим способом закреплено в договоре о ЕАЭС право доступа (право быть застрахованным) для трудящихся и членов их семей к системе ОМС в государстве трудоустройства.

В соответствии с п. 3 ст. 98 договора о ЕАЭС социальное обеспечение (социальное страхование) (кроме пенсионного) вышеуказанных лиц осуществляется на тех же условиях и в том же порядке, что и граждан государства трудоустройства, при этом согласно п. 5 ст. 96 категория социальное обеспечение (социальное страхование) включает в себя и ОМС. Анализ данной нормы применительно к медицинской помощи показывает, что социальное обеспечение

в данном случае в силу законодательной конструкции отождествляется с социальным страхованием, то есть с ОМС.

Подобный подход порождает ряд проблем и особенностей.

Буквальное толкование данной нормы свидетельствует о том, что режим государства трудоустройства распространяется на трудящихся государств-членов и членов их семей только применительно к ОМС. Однако такая система действует не во всех странах, входящих в ЕАЭС, а в тех государствах, где медицинское страхование применяется, оно неоднородно как по содержанию, так и по названиям.

Действующая в Республике Беларусь система медицинской помощи населению представляет собой систему государственного финансирования здравоохранения, продолжающую традиции советского здравоохранения. В соответствии со ст. 45 Конституции Республики Беларусь 1994 г.¹⁹³, ее гражданам гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Из ст. 4 закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года № 2435-ХП «О здравоохранении»¹⁹⁴ следует, что право на доступное бесплатное медицинское обслуживание обеспечивается предоставлением медицинской помощи на основании государственных минимальных социальных стандартов.

В Республике Казахстан также действует система государственного финансирования здравоохранения, но планируется переход на страховую систему. В ч. 1 ст. 29 Конституции Республики Казахстан 1995 г.¹⁹⁵ закрепляется право граждан Республики Казахстан на охрану здоровья. При этом ч. 2 указанной статьи закрепляет право граждан Республики на получение бесплатно гарантированного объема медицинской помощи, установленного законом.

¹⁹³ Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.by/pravovaya-informatsiya/normativnye-dokumenty/konstitutsiya-respubliki-belarus/> (дата обращения: 18.06.2019).

¹⁹⁴ Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.by/document/?guid=3871&p0=V19302435> (дата обращения: 18.06.2019).

¹⁹⁵ Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет» [Электронный ресурс]. URL: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/K950001000> (дата обращения: 18.06.2019).

Граждане Республики Казахстан в соответствии с п. 1 ч. 1 ст. 88 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения»¹⁹⁶ (далее по тексту – Кодекс) имеют право на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в соответствии с утвержденным Правительством Республики Казахстан перечнем, а на основании п. 4 ч. 1 указанной статьи право на дополнительные медицинские услуги за счет собственных средств и иных незапрещенных источников.

Предоставляемая в Республике Казахстан медицинская помощь дифференцирована по объемам. Так, ст. 33-1 Кодекса предусматривает базовый - гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью) и дополнительный объем медицинской помощи в рамках системы обязательного социального медицинского страхования, предоставляемой в соответствии с Законом Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года № 405-V ЗРК «Об обязательном социальном медицинском страховании»¹⁹⁷, и в рамках добровольного медицинского страхования в соответствии с Законом Республики Казахстан от 18 декабря 2000 года № 126 «О страховой деятельности»¹⁹⁸. Отметим, что планируемая к введению в Республике Казахстан система страхования существенным образом отличается от системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации. Уже в ст. 4 вышеуказанного закона Республики Казахстан «Об обязательном социальном медицинском страховании» в качестве одного из принципов обязательного социального медицинского страхования закреплён принцип обязательности уплаты отчислений и (или) взносов.

¹⁹⁶ Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет» [Электронный ресурс]. URL: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/K090000193> (дата обращения: 18.06.2019).

¹⁹⁷ Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет» [Электронный ресурс]. URL: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000405> (дата обращения: 18.06.2019).

¹⁹⁸ Информационно-правовая система нормативных правовых актов Республики Казахстан «Әділет» [Электронный ресурс]. URL: http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z000000126_ (дата обращения: 18.06.2019).

В Республике Кыргызстан действует многоуровневая страховая система медицинской помощи, посредством которой осуществляется и государственное финансирование здравоохранения. Согласно ч. 1 ст. 47 Конституции Республики Кыргызстан 2010 г.¹⁹⁹: «Каждый имеет право на охрану здоровья». Ч. 3 указанной статьи устанавливает, что бесплатное медицинское обслуживание, а также медицинское обслуживание на льготных условиях осуществляется в объеме государственных гарантий, предусмотренных законом. В соответствии со ст. 7 Закона Кыргызской Республики от 9 января 2005 года N 6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»²⁰⁰ (в дальнейшем – закон об охране здоровья) на территории Кыргызской Республики функционирует комплексная интегрированная система здравоохранения, состоящая из государственного и частного секторов здравоохранения. Ст. 2 закона Кыргызской Республики от 18 октября 1999 года № 112 «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике»²⁰¹ (в дальнейшем – закон о страховании) устанавливает, что медицинское страхование осуществляется в следующих видах: базовое, обязательное и добровольное. Базовое государственное медицинское страхование - государственная форма социальной защиты, направленная на обеспечение прав граждан Кыргызской Республики в области охраны здоровья за счет средств республиканского и местных бюджетов, на основе минимальных социальных стандартов, определяемых в соответствии с законодательством Кыргызской Республики, что следует из ст. 3-1 закона о страховании. ОМС, предусмотренное ст. 4 закона о страховании - это государственная форма социальной защиты, направленная на обеспечение прав граждан в Кыргызской Республике в области охраны здоровья. Его цель – гарантированное обеспечение застрахованных

¹⁹⁹ Централизованный банк данных правовой информации Кыргызской Республики [Электронный ресурс]. URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/202913> (дата обращения: 18.06.2019).

²⁰⁰ Централизованный банк данных правовой информации Кыргызской Республики [Электронный ресурс]. URL:// <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/1602> (дата обращения: 18.06.2019).

²⁰¹ Централизованный банк данных правовой информации Кыргызской Республики [Электронный ресурс]. URL:// <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/275> (дата обращения: 18.06.2019).

граждан в Кыргызской Республике качественной медицинской и профилактической помощью в рамках программы обязательного медицинского страхования, что закреплено в ст. 5 указанного закона о страховании. Согласно ст. 7 закона о страховании, программа ОМС состоит из базовой и дополнительных программ, при этом базовая предоставляется гражданам бесплатно, а в оплате дополнительных программ принимают участие и застрахованные граждане.

Система здравоохранения Республики Армения носит смешанный государственно-частный характер. Согласно ст. 34 Конституции Республики Армения²⁰², принятой 05 июля 1995 года (с изм. от 06 декабря 2015 года): «Каждый имеет право на охрану здоровья. Порядок медицинской помощи и обслуживания устанавливается законом. Государство осуществляет программы по охране здоровья населения, способствует развитию физической культуры и спорта».

Из ст. 4 закона Республики Армения от 04.04.1996 г. № ЗР-42 «О медицинской помощи, обслуживании населения»²⁰³ следует, что каждый имеет право на бесплатную медицинскую помощь и обслуживание в рамках гарантированных государством государственных целевых программ по охране здоровья и право на получение медицинской помощи за счет иных средств.

Таким образом, действующие в государствах – членах ЕАЭС системы обеспечения населения медицинской помощью имеют как схожие черты, так и существенные различия. Среди общих элементов можно отметить закрепление на конституционном уровне в том или ином виде права на медицинскую помощь, либо в качестве самостоятельного права, либо в качестве составной части права на охрану здоровья, и развитие указанных положений в отраслевом законодательстве. В каждой стране, независимо от организационной формы здравоохранения, гражданам гарантирован определенный объем бесплатной

²⁰² Официальный сайт Национального Собрания Республики Армения [Электронный ресурс]. URL:// <http://www.parliament.am/parliament.php?lang=rus&id=constitution> (дата обращения: 18.06.2019).

²⁰³ Официальный сайт Национального Собрания Республики Армения [Электронный ресурс]. URL:// <http://www.parliament.am/legislation.php?ID=1688&lang=rus&sel=show> (дата обращения: 18.06.2019).

медицинской помощи. Имеется и множество других близких по своему содержанию элементов, например, наличие систем платной медицинской помощи, ДМС, в той или иной форме стандартов оказания медицинской помощи, закрепление основополагающих прав пациента и др. В задачу проводимого исследования не входит их подробный анализ, поскольку данные вопросы в связи с их широтой и многообразием заслуживают самостоятельного исследования. Здесь же они рассматриваются в контексте общих системообразующих моментов в целях определения возможности интеграционных процессов в рамках права ЕАЭС.

Таким образом, несмотря на общие черты, сама организационная система здравоохранения в государствах – членах ЕАЭС и объем прав граждан на бесплатную медицинскую помощь существенно различаются. Так, если в Российской Федерации, Кыргызской Республике, а так же планируется и в Республике Казахстан, основным механизмом является в различных формах система обязательного медицинского страхования, то в Республике Беларусь основные виды медицинской помощи финансируются государством, а система ОМС, как и в Республике Армения отсутствует. Платная медицинская помощь предусмотрена законодательством всех стран ЕАЭС, но основное различие состоит в ее роли. В одних странах она является добровольным со стороны граждан дополнением к основному и достаточному объему бесплатной медицинской помощи, а в других странах добровольность платных медицинских услуг сочетается фактически с обязательными формами участия в финансировании здравоохранения либо в силу необходимости соплатежей граждан в рамках системы медицинского страхования, либо в силу недостаточного объема бесплатной медицинской помощи, предоставляемой государством.

В результате это приводит к не равному объему обязанностей государств-членов ЕАЭС в части предоставления гарантий в сфере медицинской помощи и ее финансовом обеспечении.

Кроме того, использование в договоре о ЕАЭС категорий «социальное обеспечение» и «социальное страхование» в качестве синонимичных понятий не соответствует как сложившимся теоретическим подходам к определению указанных понятий, так и к их международно-правовому содержанию. ОМС является одной из организационно-правовых форм социального обеспечения. В международно-правовых нормах социальное обеспечение также не сводится только к социальному страхованию. О том, что в международно-правовых актах, в частности конвенциях и рекомендациях МОТ понятие «социальное обеспечение» не ограничивает свое содержание категорией «социальное страхование», справедливо указывает Т.К. Миронова²⁰⁴.

Пути решения указанной проблемы лежат в гармонизации подходов к пониманию понятий социальное обеспечение и социальное страхование в рамках государств-членов ЕАЭС. Следует согласиться с Е.Е. Мачульской, которая указывает: «Национальные, региональные и международные акты о правах человека многообразны по форме и содержанию, что свидетельствует о разнообразии ценностных подходов. Вместе с тем, в условиях глобализации толкование должно сближаться и базироваться на универсальном международно-правовом понимании их содержания»²⁰⁵. Соответственно и понимание понятий «социальное обеспечение» и «социальное страхование» в рамках ЕАЭС должно быть единым, а ориентирами подхода к их пониманию должны стать цели правового регулирования медицинской помощи в рамках ЕАЭС – установление гарантий для трудящихся ЕАЭС и членов их семей на получение медицинской помощи.

Применение устоявшегося в праве социального обеспечения подхода к пониманию социального обеспечения как более широкой категории, чем

²⁰⁴ См. подр.: Миронова Т.К. К вопросу об унификации терминологии в международном и российском законодательстве о социальном обеспечении// Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: современное состояние (сравнительный анализ)/ под. ред. К.Н. Гусова. М., 2011. С. 662-668.

²⁰⁵ Мачульская Е.Е. Проблемы толкования актов МОТ и СЕ// Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: современное состояние (сравнительный анализ)/ под. ред. К.Н. Гусова. М., 2011. С. 637.

социальное страхование, в совокупности с целями правового регулирования медицинской помощи в рамках ЕАЭС позволяет сделать вывод о необходимости закрепления на наднациональном уровне права на доступ не только к бесплатной медицинской помощи, оказываемой в рамках ОМС, но и медицинской помощи, оказываемой бесплатно в других организационно-правовых формах, в случае отсутствия системы ОМС. Для этого необходимо внести соответствующие изменения в договор о ЕАЭС. Тем более, что имеется положительный пример решения равного доступа к бесплатной медицинской помощи в рамках Союзного государства Российской Федерации и Республики Беларусь.

Если обратиться к самой конструкции указанной нормы, то необходимо отметить, что законодатель использует термин «осуществляется». Соответственно, возникают вопросы о том, является ли возможность стать участником системы обязательного медицинского страхования в государстве трудоустройства правом трудящегося и членов его семьи или остается в категории «возможности», а также о том, является ли принятие необходимых для этого мер обязанностью соответствующего государства. Представляется, что проблема в данном случае заключается в том, что сама по себе законодательная техника закрепления соответствующего права в наднациональном законодательстве и законодательстве соответствующего государства-участника отличается. Если для закрепления соответствующего права в законодательстве соответствующего государства в отношении своих граждан, подпадающих под совокупность норм действующего в нем законодательства, как правило, достаточно закрепить в нормативно-правовом акте соответствующего уровня то или иное право (с внесением необходимых изменений в смежное законодательство), то на наднациональном уровне необходимо сначала предусмотреть механизм, с помощью которого национальные нормы будут распространяться на иностранных граждан, подпадающих под те или иные критерии. Проведенный в соответствующем параграфе настоящего исследования анализ международно-правовых актов показал, что довольно часто в них используется конструкция «право доступа» (например, закрепленное в Конвенции

о правах ребенка от 20 ноября 1989 года право ребенка на доступ к услугам системы здравоохранения).

В законодательстве Российской Федерации также используется понятие «право доступа», в первую очередь, в гражданском праве, например, в ст. 1292 ГК РФ²⁰⁶, закрепляющей право доступа в авторском праве. Кроме того, и в самом договоре о ЕАЭС также используется конструкция «доступ» применительно к сотрудничеству в различных сферах. Но сотрудничество в той или иной сфере экономической деятельности, в рамках которой соответствующие права граждан в национальных законодательствах, как правило, либо отсутствуют, либо носят общий, не конкретизированный характер, нельзя сравнивать с социальным правом на медицинскую помощь, которое закреплено практически во всех нормативно-правовых актах различной иерархии и объем которого применительно к бесплатной медицинской помощи четко определен.

Полагаю, что и смысловое толкование п. 3 ст. 98 договора о ЕАЭС свидетельствует о том, что, по сути, эта статья предусматривает именно право доступа к социальному обеспечению (социальному страхованию) (кроме пенсионного) на тех же условиях и в том же порядке, что и граждан государства трудоустройства. Отметим, что «право доступа» в данном случае рассматривается в качестве права, тождественного по сути социально-обеспечительному «праву быть застрахованным». Использование термина «право доступа» обусловлено тем, что по мнению автора, договором о ЕАЭС должно быть предусмотрено право не только быть застрахованным в системе обязательного медицинского страхования, но и право на получение бесплатной медицинской помощи, предусмотренной для граждан государства трудоустройства, в случае отсутствия в нем системы ОМС. Однако пока соответствующее право не закреплено, нельзя говорить о нарушении права, в данном случае речь может идти только о невыполнении обязанностей по «осуществлению». Представляется это не совсем обоснованным, поскольку если установлены соответствующие обязанности, а смысловое содержание говорит о наличии права, и тем более законодательства

²⁰⁶ СЗ РФ. 25.12.2006. № 52 (1 ч.), ст. 5496.

государств-членов ЕАЭС также закрепляют право на бесплатную медицинскую помощь (пусть и в разных объемах), к которым фактически и осуществляется доступ трудящихся государств-членов ЕАЭС и их семей, то необходимо закрепить соответствующее право и в самом договоре о ЕАЭС путем изложения абзаца 1 п. 3 ст. 98 Договора о ЕАЭС в следующей редакции: «Трудящиеся государств-членов и члены семей имеют право на доступ к социальному обеспечению (социальному страхованию) (кроме пенсионного) на тех же условиях и в том же порядке, что и граждан государства трудоустройства».

Но даже до юридического закрепления вышеуказанного права можно сделать вывод о его фактическом существовании в части обязательного медицинского страхования, поскольку «де факто» осуществление страхования иностранных граждан на условиях государства трудоустройства означает предоставление им «права доступа» к системам обязательного медицинского страхования.

Таким образом, одним из элементов правовой системы медицинской помощи стран ЕАЭС является использование правовой конструкции «право доступа» в качестве одного из механизмов регулирования правоотношений в сфере оказания медицинской помощи.

Но не одно право доступа составляет содержание права на медицинскую помощь ЕАЭС, поскольку непосредственно содержание прав и обязанностей в конкретном государстве устанавливается правом конкретного государства. Право доступа выступает в данном случае в качестве механизма, обеспечивающего доступ к соответствующему праву государства-члена ЕАЭС. В силу этого, уже государства ЕАЭС во исполнение нормы наднационального законодательства устанавливают в своем законодательстве правовые нормы и механизмы, с помощью которых иностранный гражданин из числа государств членов ЕАЭС получает равное с гражданами соответствующего государства право на ОМС.

Таким образом, применительно к обязательному медицинскому страхованию право на медицинскую помощь стран ЕАЭС является сложным по своему составу и реализуется с помощью двух правовых элементов: право

доступа к национальным системам обязательного медицинского страхования, которое выступает предпосылкой и правовым основанием для получения прав и обязанностей в системе обязательного медицинского страхования соответствующего государства, и объема прав и обязанностей как участника ОМС, установленного законодательством государства трудоустройства, при этом они становятся субъектом уже существующего в том или ином государстве права. Такое право у гражданина государства будет приобретенным, о чем указывает Н.В. Куценко²⁰⁷.

Вышеизложенное позволяет сделать ряд общих выводов, характеризующих правовую модель медицинской помощи ЕАЭС:

1. Право ЕАЭС построено иерархично с особым конституционным статусом Учредительного договора²⁰⁸. Именно на уровне этого международного акта определены основополагающие права трудящихся государств-членов ЕАЭС и членов их семьи:

- право на получение скорой медицинской помощи;
- право на получение платной медицинской помощи;
- право на медицинскую помощь, предоставление которой для трудящихся государств-членов и членов семей предусмотрено законодательством государства трудоустройства;
- право доступа (право быть застрахованным) к системам обязательного медицинского страхования государств-членов.

Каждое государство-член ЕАЭС обязано предоставить трудящимся ЕАЭС и членам их семей названные права. Они являются едиными равными для всех трудящихся и членов семей государств – участников ЕАЭС, поскольку установлены на уровне права Союза. Это общие международные нормы (стандарты) правового регулирования медицинской помощи в государствах ЕАЭС

²⁰⁷ См. подр.: Куценко Н.В. Сохранение приобретенных и приобретаемых прав в сфере социального обеспечения: некоторые аспекты правового регулирования// Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: современное состояние (сравнительный анализ)/ под. ред. К.Н. Гусова. М., 2011. С. 681.

²⁰⁸ См. подр.: Евразийское трудовое право: учебник/ Е.А. Волк, Е.С. Герасимова, С.Ю. Головина [и др.]; под общ. ред. М.В. Лушниковой, К.С. Раманкулова, К.Л. Томашевского. М., 2018. С. 41.

наднационального характера. Эти нормы договора о ЕАЭС имеют прямое действие, представляют собой «самоисполняемый» закон и не нуждаются в имплементации.

Однако объем и содержание указанных прав на своей территории определяется каждым государством-членом в соответствии с национальным законодательством. Таким образом, происходит дифференциация прав и обязанностей (то есть содержания права) единого круга субъектов права в зависимости от территории государства реализации этого права.

Установленная Договором о ЕАЭС обязанность государств-членов по реализации права на медицинскую помощь, с одной стороны, возлагает на конкретное государство обязанность по принятию соответствующих мер, а с другой стороны, ограждает государство от возможности вмешательства наднациональных организаций, участником которых оно является, в вопросы, отнесенные международно-правовыми актами к компетенции конкретного государства.

2. Механизм реализации прав на медицинскую помощь трудящихся ЕАЭС и членов их семьи основан на международной унифицированной коллизионной норме с коллизионной привязкой закона места работы (*lex loci laboris*), предусмотренной в Договоре о ЕАЭС.

Это соответствует и существующим в теории права социального обеспечения подходам. Так, Ю.В. Васильева подчеркивает: «Известно, что международное право налагает на любое государство ответственность исполнения принятых на себя обязательств. При этом каждое государство путем законодательного закрепления соответствующих положений вправе само решать, каким образом применять международно-правовые нормы на своей территории»²⁰⁹. На это, применительно к праву социального обеспечения, указывает и М.Ю. Федорова, отмечая, что «система социального обеспечения, в

²⁰⁹ Васильева Ю.В. К вопросу кодификации и учета наднациональных правовых актов в российском законодательстве (на примере законодательства о социальном обеспечении// Вестник трудового права и права социального обеспечения: сб. науч. тр. Вып. 4: Международное трудовое право и право социального обеспечения/ под ред. А.М. Лушниковой, М.В. Лушниковой. Ярославль, 2009. С. 98.

рамках которой реализуется данное право, формируется государством самостоятельно, исходя из имеющихся экономических возможностей, исторических тенденций и политических условий»²¹⁰.

3. Анализ механизмов закрепления прав на медицинскую помощь в рамках ЕАЭС позволил выявить два основных способа их установления в праве Союза:

- в виде сложного права, формирующегося из права на доступ, выступающего в качестве предпосылки и правового основания для получения прав и обязанностей, установленных государством трудоустройства и объема прав и обязанностей, содержание которых установлено законодательством соответствующего государства;

- в виде формирования и закрепления в праве Союза каталога самостоятельных прав, имеющих наднациональный характер.

Следует также отметить, что общей особенностью регламентации права на медицинскую помощь в рамках ЕАЭС, то есть на международном региональном уровне, является их более конкретизированный характер, по сравнению с глобальными международно-правовыми актами. Как уже указывалось в параграфе, посвященном международно-правовым стандартам права на медицинскую помощь, они носят общий характер, закрепляя минимальный уровень гарантий, определяя цели и задачи развития права на медицинскую помощь. В рамках ЕАЭС они носят конкретизированный характер, например, объем права на медицинскую помощь в рамках ОМС четко регламентирован в его программах. Об этой тенденции указывает М.В. Лушникова, отмечая, что «региональные международные стандарты трудовых и социально-обеспечительных прав носят более конкретный, предметный характер, в ряде

²¹⁰ Федорова М.Ю. Конституционные основы социального обеспечения в государствах СНГ и Балтии// Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: современное состояние (сравнительный анализ)/ под. ред. К.Н. Гусова. М., 2011. С. 696.

случаев с указанием минимального уровня (объема) этих прав»²¹¹. Таким образом, можно выделить и такую особенность правовой модели медицинской помощи ЕАЭС, как ее конкретизированный характер. А.Я. Капустин применительно к принятию учредительного Договора ЕАЭС отмечает, что «весь накопленный массив правового материала был упорядочен и приведен к некоему знаменателю, получившему свое концептуальное завершение в понятии «право ЕАЭС»²¹².

4. Из предыдущих характеристик вытекает и следующая особенность правовой модели медицинской помощи ЕАЭС – невозможность в полной мере провести унификацию законодательства. В этой сфере осуществление интеграционных процессов должно идти на основе гармонизации законодательства. В силу международно-правовых норм и правовой природы права на медицинскую помощь определение механизмов, с помощью которых в конкретном государстве предоставляется медицинская помощь, выбор системы организации здравоохранения, виды и объемы бесплатной медицинской помощи относятся к самостоятельной компетенции каждого государства. В преамбуле договора о ЕАЭС подтверждена приверженность государств-членов целям и принципам Устава ООН, а также другим общепризнанным принципам и нормам международного права. При этом и договором о ЕАЭС не предусматривается передача вышеуказанных компетенций на наднациональный уровень. Соответственно и предусмотренные договором о ЕАЭС способы интеграции в тех или иных областях сотрудничества в форме унификации или гармонизации законодательства, в данном случае, в части вопросов организации национальных систем медицинской помощи, не применимы, по крайней мере, в обязательном порядке. Это может быть только добрая воля государства – участника ЕАЭС. Но договор о ЕАЭС также не содержит подобных требований или пожеланий.

²¹¹ Лушникова М.В. О единстве (унификации, гармонизации) и дифференциации источников международного трудового права и международного права социального обеспечения// Вестник трудового права и права социального обеспечения: сб. науч. тр. Вып. 4: Международное трудовое право и право социального обеспечения/ под ред. А.М. Лушниковой, М.В. Лушниковой. Ярославль, 2009. С. 55.

²¹² Капустин А.Я. Право Евразийского экономического союза: международно-правовой дискурс // Журнал российского права. 2015. N 11. [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы Консультант плюс. Режим доступа локальный.

§3. Соотношение права на здоровье, права на охрану здоровья и права на медицинскую помощь

Проведенный анализ международно-правовых актов в сфере права на медицинскую помощь показал, что в источниках международного права при закреплении прав человека используется различная терминология: право на здоровье, право на охрану здоровья и право на медицинскую помощь. При этом комплексный анализ соотношения указанных прав между собой и установление их правовой природы до настоящего времени в полном объеме в научной литературе не проводился, за исключением указаний в отдельных исследованиях того факта, что право на охрану здоровья как более широкое понятие включает в себя право на медицинскую помощь.

Так, многие авторы анализируют только право на охрану здоровья и право на медицинскую помощь. Необходимо отметить, что подобный подход к рассмотрению права на охрану здоровья и медицинскую помощь сформировалось еще в советский период. А.Ф. Антоненко указывает, что оно «рассматривалось лишь в общей системе конституционных прав и свобод и особо не выделялось, в связи с чем специальных работ, посвященных анализу социальной и юридической природы права граждан на медицинскую помощь, в советской юридической литературе практически не было»²¹³. В одной из немногочисленных работ советского периода по данной проблематике Т.Ш. Капанадзе рассматривал право на охрану здоровья в качестве субъективного права граждан и отмечал его комплексный характер²¹⁴.

В постсоветский период нашей истории во многих исследованиях также рассматривается только право на охрану здоровья и право на медицинскую помощь.

²¹³ Антоненко А.Ф. Конституционное право граждан на медицинскую помощь: содержание и проблемы реализации. С. 14.

²¹⁴ См. подр.: Капанадзе Т.Ш. Конституционное право граждан СССР на охрану здоровья и вопросы его реализации: дисс. ... канд. юрид. наук. М., 1984. С. 27.

Так, В.В. Власенкова, анализируя соотношение права на охрану здоровья и права на медицинскую помощь, указала, что «право на охрану здоровья относится к социальным правам человека в блоке социально-экономических прав»²¹⁵. Возможность получения медицинской помощи рассмотрена указанным автором в качестве одного из важнейших правомочий права на охрану здоровья²¹⁶. Схожей точки зрения придерживается и В.И. Акопов, подчеркивая, что охрана здоровья – широкое многогранное понятие, а медицинская помощь является небольшой частью системы охраны здоровья²¹⁷. О.А. Еникеев указывает, что «по содержанию право на медицинскую помощь относится к социальным правам и входит в право на охрану здоровья»²¹⁸.

М.Ю. Федорова, анализируя право на охрану здоровья, отмечает, что «государство обеспечивает охрану здоровья граждан независимо от их пола, расы, вероисповедания, социального происхождения, места жительства и других факторов личностного характера»²¹⁹.

Е.Е. Мачульская указывает, что «граждане РФ обладают неотъемлемым правом на охрану здоровья»²²⁰. Ряд авторов также подчеркивают, что «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»²²¹.

И.А. Колоцей отмечает, что «исходя из смысла статьи 41 Конституции РФ, можно выделить три основных элемента содержания права на охрану здоровья –

²¹⁵ Власенкова В.В. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации. С. 10.

²¹⁶ Там же. С. 13.

²¹⁷ Акопов В.И. Медицинское право: книга для врачей, юристов и пациентов. М.: ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д., 2004. С. 17.

²¹⁸ Еникеев О.А. Конституционное право на медицинскую помощь: теория и практика. С. 13.

²¹⁹ Федорова М.Ю. Медицинское право: Учеб. пособие для вузов. М., 2003. С. 96.

²²⁰ Мачульская Е.Е. Указ. соч. 176.

²²¹ Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю., Григорьев И.Ю. Законодательство в сфере охраны здоровья граждан. М., 2005. С. 92.

сохранение и укрепление здоровья, его восстановление посредством получения медицинской помощи»²²².

Т.Ю. Холодова определяет право на охрану здоровья и медицинскую помощь «как основное конституционное социальное право граждан, представляющее собой совокупность прав»²²³.

О.А. Еникеев характеризует право на медицинскую помощь как «право на получение совокупности лечебно-профилактических мероприятий, оказываемых здоровым и больным людям с целью сохранения и восстановления их здоровья лицами, имеющими медицинское (высшее или среднее) образование»²²⁴.

В то же время существуют исследования, в которых рассматривается не право на охрану здоровья, а право на здоровье. Необходимо отметить, что отдельные упоминания о нем были и в исследованиях советского периода²²⁵. В то же время каких-либо обоснований, позволяющих говорить о выделении и наличии право на здоровье, в указанный период не приводилось.

И в настоящее время в отдельных работах в качестве права человека выделяется право на здоровье. Так, отмечается, что «право на жизнь и право на здоровье относятся к категории естественных и неотчуждаемых прав человека»²²⁶. В то же время авторы, сделав, несомненно, правильное утверждение о характере права на здоровье, не приводят каких-либо аргументов в обоснование подобного вывода, за исключением ссылки на нормативно-правовые акты разного уровня. Однако в действующем отечественном законодательстве закреплено право на охрану здоровья, а не право на здоровье. В международно-правовых актах, как уже указывалось, закрепляются как право на охрану здоровья, так и право на здоровье. Между тем, в вышеизложенной позиции не анализируется право на

²²² Колоцей И.А. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь как конституционная ценность С. 12.

²²³ Холодова Т.Ю. Конституционно-правовое обеспечение прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2006. С. 8.

²²⁴ Еникеев О.А. Конституционное право на медицинскую помощь: теория и практика. С. 9.

²²⁵ Серенко А.Ф., Соболевский Г.Н. Указ. соч. С. 43-44.

²²⁶ Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Сборник нормативных актов к занятиям по медицинскому праву. Учебник. М., 2007. С. 10.

охрану здоровья, не устанавливается его правовая природа и не соотносятся право на здоровье и право на охрану здоровья между собой.

Р.Н. Жаворонков, анализируя закрепленные на международно-правовом уровне права инвалидов, использует термин право на здоровье²²⁷.

В.Г. Борисова–Жарова, рассматривая право на здоровье, отмечает, что «данное право включает в себя в том числе право на охрану здоровья, обеспечиваемое государством, право на медико-социальную помощь, право на систему здравоохранения, право на здоровую окружающую среду, право на информацию о факторах, влияющих на здоровье»²²⁸. Однако выделяя на основе международно-правовых норм право на здоровье, указанный автор включает в него в качестве составной части и право на охрану здоровья. При этом при анализе права на здоровье рассматриваются не только нормы, закрепляющие само право на здоровье, но и нормы, регламентирующие право на охрану здоровья. Однако, как уже указывалось в предыдущем параграфе настоящей работы, указанные статьи регламентируют не право на здоровье, а право на охрану здоровья и право на медицинскую помощь соответственно.

С.А. Баринов дает следующее определение права на здоровье: «право на здоровье представляет собой субъективное право конкретного лица, состоящее из юридических возможностей (правомочий), включающих в себя: правомочие по неприкосновенности здоровья (в т.ч. право на обращение за помощью к лицам, уполномоченным на оказание помощи (спасение здоровья)), правомочия по распоряжению здоровьем (поставление своей жизни в опасное положение, т.н. в целях эксперимента), право на защиту здоровья»²²⁹. С указанным определением также можно согласиться лишь частично. Несомненно, что неприкосновенность здоровья относится к содержанию права на здоровье. В тоже время право на

²²⁷ Жаворонков Р.Н. Конвенция о правах инвалидов как новый этап развития международного законодательства о социальной защите инвалидов//Современное состояние законодательства и науки трудового права и права социального обеспечения: материалы 6-й Международной научно-практической конференции/ Под ред. К.Н. Гусова. М., 2010. С. 577.

²²⁸ Борисова-Жарова В.Г. Международно-правовые основы обеспечения права человека на здоровье. С. 12.

²²⁹ Баринов С.А. Правовое обеспечение защиты прав пациента в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской услуги: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2012. С. 17.

обращение за медицинской помощью относится к содержанию права на медицинскую помощь или более широкого по объему права на охрану здоровья.

А.А. Белоусова выделяет право на здоровье, указывая, что «право на здоровье включает в себя не только право на медицинское обслуживание, но и права на другие социальные, экономические, культурные и иные блага, значительно сказывающиеся на состоянии здоровья»²³⁰. Здесь также подчеркнем, что в данном случае в состав права на здоровье включаются и право на медицинскую помощь, и иные права.

А.М. Эрделевский также рассматривает право на здоровье в качестве самостоятельного права человека, указывая, что «право человека на здоровье прямо не упоминается в Конституции РФ. Однако это право по своему содержанию также несомненно является одним из неотчуждаемых и принадлежащих каждому от рождения прав»²³¹. При этом право на охрану здоровья он определяет как самостоятельное личное неимущественное право, тесно связанное с правом на здоровье. Реализация права на здоровье обеспечивается различными отраслями права²³². Важным в данной позиции является выделение в качестве самостоятельных прав человека и права на здоровье, и права на охрану здоровья. Однако в силу другой направленности указанной работы, посвященной вопросам гражданского права в области компенсации морального вреда, автор ограничивается вышеизложенным тезисом, не анализируя соотношение и порядок взаимодействия прав граждан в сфере охраны здоровья между собой.

Отдельно необходимо выделить подход, при котором права на здоровье и право на охрану здоровья отождествляются между собой. Так, Д.Г. Бартенев рассматривает право на охрану здоровья и право на здоровье в качестве синонимичных понятий²³³.

²³⁰ Белоусова А.А. Право на здоровье в современном международном праве: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2015. С. 19.

²³¹ Эрделевский А.М. О моральном вреде при посягательствах на жизнь и здоровье// Закон. 1997, январь. С. 120.

²³² Там же. С. 120.

²³³ См. подр.: Бартенев Д.Г. Право на охрану здоровья в международном праве. С. 16.

Таким образом, право на охрану здоровья, чаще всего рассматривается либо самостоятельно, либо в соотношении с правом на медицинскую помощь и более узкими правами. При этом, как правило, в первую очередь право на охрану здоровья рассматривается в качестве конституционного права граждан, исходя из того, что оно закреплено в Конституции Российской Федерации. Кроме того, многими авторами подчеркивается необходимость обеспечения данного права со стороны государства и отмечается его социальный характер. Рядом авторов в числе его характеристик указывается такой критерий как «неотъемлемость». В тех исследованиях, где выделяется право на здоровье, оно нередко рассматривается либо вместо права на охрану здоровья, либо в качестве синонимичных понятий. В тех же работах, где указанные права разграничиваются, отсутствуют четкие критерии их дифференциации и единые концептуальные подходы к определению их правовой природы и соотношения между собой.

Таким образом, до настоящего времени отсутствует единый подход к пониманию права на здоровье и права на охрану здоровья. Соответственно это напрямую влияет и на понимание правовой природы права на медицинскую помощь, поскольку в зависимости от того, какой точки зрения придерживается тот или иной автор, указанное право определяется либо в качестве составной части права на охрану здоровья, либо в качестве составляющей права на здоровье. Однако данный вопрос имеет не только теоретическое, но и практическое значение, так как от определения правовой природы вышеуказанных прав и права на медицинскую помощь зависит объем обязанностей государства по их реализации, а также возможность судебной защиты соответствующего права. В настоящее время в судебной практике также встречается различное понимание и определение данных прав.

Так, в апелляционных определениях Верховного суда Республики Башкортостан от 24 октября 2016 г. по делу N 33-21303/2016, от 24 апреля 2017 г. по делу N 33-8465/2017, от 24 апреля 2017 г. по делу N 33-7083/2017, от 17 апреля 2017 г. по делу N 33-6445/2017 указано, что «Конституция Российской Федерации ставит право на жизнь, здоровье в ранг естественных и неотчуждаемых прав

личности, что предполагает эффективную охрану и защиту этих прав»²³⁴. Нередко и сами истцы при обосновании исковых требований о компенсации морального вреда в результате преступления рассматривают право на здоровье в качестве своего неотъемлемого права. Так, в апелляционном определении Иркутского областного суда от 11 июля 2017 г. по делу N 33-6412/2017 указывается следующая позиция истца: «Ответчиком причинен вред ее неимущественным правам, в частности, жизни и здоровью, свободу труда, которые являются естественными правами человека, и посягательство на которые недопустимо»²³⁵. В апелляционном определении Нижегородского областного суда от 20 июня 2017 г. по делу N 33-6921/2017 также приводится аналогичная позиция истца²³⁶.

Таким образом, в вышеуказанных судебных решениях выделяется и обосновывается защита права на здоровье.

В других решениях выделяется и защищается уже право на охрану здоровья. Так, в апелляционном определении Белгородского областного суда от 23 июня 2015 г. N 33-2919/2015 отмечено, что к числу конституционно защищаемых ценностей относится право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь как неотъемлемое и неотчуждаемое право, принадлежащее человеку от рождения и охраняемое государством²³⁷.

Кроме того, имеется и судебная практика, где упоминаются и право на охрану здоровья и право на здоровье. Так, в апелляционном определении Астраханского областного суда от 2 декабря 2015 г. по делу N 33-4061/2015 указано, что «право на охрану здоровья - одно из важнейших социальных прав

²³⁴ [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы Консультант-плюс. Режим доступа – локальный.

²³⁵ [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы Консультант-плюс. Режим доступа – локальный.

²³⁶ [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы Консультант-плюс. Режим доступа – локальный.

²³⁷ [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы Консультант-плюс. Режим доступа – локальный.

человека и гражданина в силу того, здоровье - высшее неотчуждаемое право человека»²³⁸.

Таким образом, и в судебной практике, также как и в научных исследованиях, в настоящий момент отсутствуют единые подходы к пониманию правовой природы прав граждан в сфере охраны здоровья.

С нашей точки зрения право на охрану здоровья, право на здоровье и право на медицинскую помощь являются самостоятельными правами, находящимися в тесной взаимосвязи между собой.

Право на охрану здоровья является сложным комплексным правом. В отечественном законодательстве оно закреплено в ч. 1 ст. 41 Конституции РФ, в соответствии с которой «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь» и ч. 1 ст. 18 Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»²³⁹ (далее по тексту – ФЗ № 323), устанавливающей, что «каждый имеет право на охрану здоровья».

На основании закрепленного в пункте 2 ст. 2 ФЗ № 323 понятия охраны здоровья, право на охрану здоровья можно определить как право на пользование результатами принимаемых государством мер различного характера, направленных на профилактику заболеваний, сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, предоставление ему медицинской помощи. Согласно ч. 2 ст. 18 ФЗ № 323 право на охрану здоровья обеспечивается различными способами, в том числе охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, оказанием доступной и качественной медицинской помощи и т.д. При этом общим, объединяющим моментом у вышеуказанных способов обеспечения права на охрану здоровья является их цель, а именно - профилактика заболеваний, сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни.

²³⁸ [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы Консультант-плюс. Режим доступа – локальный.

²³⁹ СЗ РФ. 28.11.2011. № 48, ст. 6724.

Предоставление медицинской помощи является одной из целей охраны здоровья, а оказание доступной и качественной медицинской помощи одним из средств обеспечения права на охрану здоровья. Тем самым к способам, посредством которых реализуется право на охрану здоровья, законодатель прямо относит оказание доступной и качественной медицинской помощи. В связи с предметом настоящей работы в ней не будут подробно рассматриваться все вышеуказанные способы реализации права на охрану здоровья. В контексте проводимого исследования интерес представляет соотношение права на охрану здоровья и права на медицинскую помощь. Как уже было установлено выше, право на охрану здоровья обеспечивается, в том числе, и оказанием доступной и качественной медицинской помощи. Обладая правом на охрану здоровья, гражданин фактически обладает и правом на обеспечение его со стороны государства возможностью получения доступной и качественной медицинской помощи. Таким образом, право на медицинскую помощь является составной частью права на охрану здоровья. При этом, выполняя свою обязанность по обеспечению гражданина доступной и качественной медицинской помощью, государство закрепляет в ч. 1 ст. 19 ФЗ № 323 норму, предусматривающую, что «каждый имеет право на медицинскую помощь». Единое право на медицинскую помощь может быть реализовано в двух формах – на безвозмездной и возмездной основах, что прямо предусмотрено в ч. 2 рассматриваемой статьи. Соответственно право на медицинскую помощь можно определить как право на получение предоставляемой на безвозмездной и (или) возмездной основах медицинской помощи.

Таким образом, право на медицинскую помощь является одновременно и составной частью права на охрану здоровья и самостоятельным правом, о чем подробнее будет указано ниже по тексту.

Возвращаясь к анализу права на охрану здоровья, необходимо отметить, что, несмотря на указание в законе на большую категорию ответственных субъектов, сами предусмотренные законом меры возлагают главную роль в их реализации на государство в лице уполномоченных органов. Действительно, без

участия государства невозможно принять соответствующие меры политического, экономического, правового, медицинского и др. характера. Нет соответствующих действий со стороны государства, нет и охраны здоровья в ее современном понимании. Однако, как явление объективной действительности, охрана здоровья может существовать и без закрепления соответствующего права. Только это будут добровольные действия тех или иных субъектов по охране здоровья граждан в произвольном объеме и формах. Об этом свидетельствуют и исторические закономерности. Изначально какой-либо охраны здоровья в современном ее понимании в обществе не существовало. С развитием государства оно стало проявлять заботу о здоровье граждан. При этом, как уже указывалось в первом параграфе настоящего исследования, специалисты в сфере полицейского права во второй половине 19 – начале 20 вв. стали выделять среди задач государства функции по укреплению здоровья и предупреждению заболеваний. Таким образом, право на охрану здоровья еще не признавалось и не закреплялось, но отдельные формы охраны здоровья, выступавшие в качестве прообразов отдельных современных форм охраны здоровья, стали появляться. Но конкретные обязательства и меры, принимаемые государством по охране здоровья, появились только с признанием и закреплением со стороны государства своих обязательств в сфере охраны здоровья и самого права на охрану здоровья. Естественно, важен уровень закрепления такого права. И принципиально важно, что в Российской Федерации право на охрану здоровья закреплено на уровне Конституции.

В определении Конституционного Суда Российской Федерации от 6 июня 2002 г. N 115-О в п. 2 указано, что провозглашая право на охрану здоровья и медицинскую помощь одним из основных конституционных прав, государство обязано осуществлять комплекс мер по сохранению и укреплению здоровья населения²⁴⁰.

Таким образом, можно выделить следующую основную черту как права на охрану здоровья, так и самой охраны здоровья – для их реализации и реального

²⁴⁰ [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы Консультант-плюс. Режим доступа – локальный.

осуществления необходимо признание со стороны государства и совершение последним определенных позитивных действий. А.Б. Зеленцов указывает на необходимость позитивных услуг со стороны государства для реализации позитивных прав²⁴¹.

Переходя к анализу права на здоровье, необходимо отметить, что в настоящий момент оно напрямую не закреплено в отечественном законодательстве. Как уже указывалось в предыдущем параграфе настоящей работы, оно закреплено в отдельных источниках международного права. И.И. Шаманаева отмечает, «что если какое-либо из фундаментальных прав человека не закреплено в Конституции, но содержится в международно-правовых актах, оно должно признаваться и соблюдаться Российской Федерацией».²⁴² Кроме того, выше рассмотрены научные работы и судебная практика, в которых употребляется термин «право на здоровье». Считаем, что право на здоровье не тождественно праву на охрану здоровья.

Человек обладает здоровьем на всем протяжении своей жизни. А.И. Романов, В.В. Кеворков отмечают, что «здоровье – это абсолютная и непреходящая жизненная ценность, занимающая одну из верхних ступеней на иерархической лестнице ценностей всего человечества»²⁴³. Если обратиться к понятию здоровья, данному в ст. 2 ФЗ № 323, то оно определено как состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма. В ранее рассмотренной преамбуле Устава ВОЗ содержится схожее определение здоровья.

Таким образом, вне зависимости от используемых определений, общим является тот факт, что в качестве критерия здоровья используется понятие «состояние человека». При этом здоровьем человек обладал с момента своего

²⁴¹ См. подр.: Зеленцов А.Б. Субъективное публичное право: учеб. пособие. М., 2012. С. 80.

²⁴² Шаманаева И.И. Вопросы соотношения российского законодательства о социальном обеспечении с международными актами о правах человека: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург, 1999. С. 13.

²⁴³ Романов А.И., Кеворков В.В. Маркетинг и конкурентноспособность медицинской организации: монография. М., 2013. С. 17.

появления как биологического вида. Обладание конкретным человеком здоровьем обусловлено его рождением и изначально не зависит от каких-либо действий со стороны государства. Не государство наделяет человека здоровьем. Ч. 1 ст. 150 ГК РФ²⁴⁴ относит здоровье к числу нематериальных благ, принадлежащих гражданину от рождения или в силу закона. М.М. Петров указывает, что «В целом здоровье человека можно рассматривать, скорее, как качественную характеристику. Но эта качественная характеристика складывается из комбинации множества параметрических значений, присущих вполне материальному осязаемому физическому телу»²⁴⁵.

Еще в начале XX века П.И. Астров отмечал, что «значение здоровья не исчерпывается одной имущественной стороной, оно является необходимым условием самой жизни: нет здоровья – человек умирает или становится инвалидом»²⁴⁶. При этом он фактически признавал право на здоровье, поскольку именно такой термин используется в его исследовании²⁴⁷. Отметим, в указанный период времени не признавалось и не закреплялось ни право на здоровье, ни право на охрану здоровья. С признанием ценности человеческой жизни и здоровья право на здоровье, как и право на жизнь получило закрепление в основополагающих источниках международного права, о чем указывалось в предыдущем параграфе настоящего исследования.

При этом право на здоровье не тождественно праву на охрану здоровья, поскольку здоровье в качестве права человека защищается не только нормами, регламентирующими право на охрану здоровья, но и нормами других отраслей права. Одних только государственных мер, предусмотренных ФЗ № 323, недостаточно для защиты права на здоровье. Помимо вышеуказанных мер, право на здоровье защищается многочисленными нормами Уголовного кодекса РФ²⁴⁸, устанавливающими ответственность за преступления против здоровья

²⁴⁴ СЗ РФ. 05.12.1994. N 32, ст. 3301.

²⁴⁵ Петров М.М. Как реализуется право на охрану здоровья// ГлавВрач. 2011. № 4. С. 84.

²⁴⁶ Астров П.И. Право на труд и право на здоровье. Из журнала «Вестник права и нотариата». М., 1910. С. 4.

²⁴⁷ См. подр.: там же. С. 2.

²⁴⁸ СЗ РФ. 17.06.1996. № 25, ст. 2954.

(причинение вреда здоровью различной степени тяжести, побои, истязание и т.д.), а также за преступления, в которых здоровье человека выступает в качестве факультативного объекта преступного посягательства. Право на здоровье защищается и нормами Кодекса об административных правонарушениях²⁴⁹, устанавливающими ответственность за побои.

Таким образом, признание права на здоровье обусловлено особой ценностью и значимостью здоровья для человека и необходимостью защиты здоровья от негативных воздействий. При этом, как указывает на основе анализа понятия здоровья В.Г. Борисова-Жарова, «право на здоровье не следует понимать как право быть здоровым»²⁵⁰. Схожей позиции придерживается и Е.И. Ращупкина, отмечая, что «ни правительства, ни сами частные лица не могут гарантировать хорошее состояние здоровья»²⁵¹. Действительно, уровень и состояние здоровья у различных людей может существенно отличаться. В действующем законодательстве используются различные термины при определении состояния здоровья. Так, например, в ФЗ № 323 в ч. 1 ст. 22, ч. 1 ст. 58 используется термин «состояние здоровья», в ч. 2 ст. 46 – группы здоровья, в ч. 4 ст. 46 определяется, что диспансеризация проводится «в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения)». В Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 05 февраля 2016 г. № 164-р используется формулировка «уровень физического и психического здоровья»²⁵². Поэтому право на здоровье регламентирует не право на абсолютное здоровье, а право человека на здоровье с учетом имеющегося у него уровня и состояния здоровья, выражающееся в защите имеющегося здоровья от негативных воздействий.

²⁴⁹ СЗ РФ. 07.01.2002. № 1 (ч. 1), ст. 1.

²⁵⁰ Борисова-Жарова В.Г. Международно-правовые основы обеспечения права человека на здоровье. С. 17.

²⁵¹ Ращупкина Е.И. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь: конституционно-правовой аспект: автореф. дисс. канд. юрид. наук. Челябинск, 2012. С. 15.

²⁵² СЗ РФ. 15.02.2016. N 7, ст. 1017.

Принципиальное отличие права на здоровье от права на охрану здоровья заключается в том, что право на здоровье принадлежит человеку от рождения и не зависит от волеизъявления государства, а право на охрану здоровья не может существовать в полном объеме без соответствующих действий и признания со стороны государства как обязанного субъекта.

Более того, теоретически возможны ситуации, когда в силу тех или иных обстоятельств существующие обязательства в сфере охране здоровья и медицинской помощи могут быть изменены или прекращены, например, путем внесения изменений в Конституцию и соответствующие законы.

Таким образом, в настоящее время сложилась ситуация, когда при наличии самостоятельных понятий: право на здоровье и право на охрану здоровья, они не оцениваются относительно друг друга, не выявляется их соотношение и взаимодействие. Для осуществления данной задачи необходимо правильно выбрать подход к исследованию их правовой природы. На основании выявленных особенностей указанных прав считаем, что при соотнесении права на здоровье и права на охрану здоровья необходимо использовать естественно-правовой и позитивистский подходы.

По нашему мнению, право на здоровье является естественным правом, оно принадлежит человеку с момента рождения. Являясь неотчуждаемым, оно не зависит от его признания со стороны государства. Если обратить внимание на конструкцию международно-правовых норм, закрепляющих именно право на здоровье, то они констатируют уже существующее право человека. Именно естественно-правовая доктрина позволяет определить правовую природу права на здоровье. В данной ситуации можно провести аналогию с правом на жизнь, которое также закреплено в международно-правовых актах и в ч. 1 ст. 20 Конституции Российской Федерации. Но в отличие от права на жизнь, право на здоровье, как уже указывалось, не закреплено ни в Конституции Российской Федерации, ни в других законодательных актах в сфере охраны здоровья. Полагаем это не совсем правильно. Право на здоровье должно быть закреплено в законодательстве наравне с правом на охрану здоровья. Значимость права на

здоровье определяется и самой его естественно-правовой природой. В литературе указывается, что «отличие прав человека разных видов состоит в том, что права человека «первого поколения» направлены прежде всего на признание и защиту негативно понимаемой личной свободы»²⁵³. Именно в ограждении здоровья человека от возможных негативных воздействий и состоит важность выделения права на здоровье, что полностью соответствует естественно-правовой доктрине. Право на здоровье можно определить как право на неприкосновенность здоровья от любых негативных воздействий со стороны иных лиц, общества и государства.

Право на охрану здоровья является позитивным правом человека. Для раскрытия его правовой природы наиболее лучшим образом подходит позитивистский подход. Само по себе использование слова «охрана» подразумевает определенные действия по ее осуществлению. Именно государство выступает обязанным субъектом по реализации права на охрану здоровья, и, соответственно, необходимы соответствующие действия и признание данного права со стороны государства. У государства существуют корреспондирующие праву на охрану здоровья обязательства по его реализации. И если государство признает право на охрану здоровья, то оно должно закрепить конкретный объем таких прав и стандарты, в пределах которых гарантируется их соблюдение. Международные нормы в данном случае носят общий характер, закрепляющий те минимальные стандарты, которые должно гарантировать государство. Анализ конструкции международно-правовых норм показывает, что они не только устанавливают право, но и закрепляют соответствующие обязанности со стороны государств-участников. В таком же ключе закреплено право на охрану здоровья в Конституции Российской Федерации. Е.И. Маценко указывает, что «в то же время социальные права человека, относящиеся ко второму поколению прав, зависят от уровня развития общества и требуют их законодательного наполнения»²⁵⁴.

²⁵³ Права человека и правовое социальное государство в России: коллективная монография/ отв. ред. Е.А. Лукашева. М., 2011. С. 153.

²⁵⁴ Маценко Е.И. Социальная защита лиц в клинических исследованиях лекарственных препаратов для медицинского применения: дисс. ... канд. юрид. наук. СПб., 2017. С. 16-17.

Именно в этом выражается сущность позитивных прав, что полностью соответствует содержанию права на охрану здоровья.

Право на медицинскую помощь, по мнению автора, также является самостоятельным позитивным правом человека. Право на медицинскую помощь закреплено в ч. 1 ст. 41 Конституции РФ и ч. 1 ст. 19 ФЗ № 323. Само содержание данного права указывает на его позитивный характер, поскольку предусматривает совершение определенных действий, связанных с оказанием медицинской помощи.

Как уже указывалось выше, право на медицинскую помощь является одновременно и самостоятельным правом, и составной частью права на охрану здоровья. О его самостоятельности свидетельствует возможность существования и реализации вне зависимости от признания или не признания права на охрану здоровья. Даже если предположить, что в силу каких-либо обстоятельств право на охрану здоровья не будет признаваться или реализовываться, это не препятствует признанию и реализации права на медицинскую помощь. Об этом свидетельствует и проведенное в первом параграфе настоящей работы ретроспективное исследование правового регулирования медицинской помощи, из которого следует, что изначально, как явление общественной жизни, появилась именно медицинская помощь, и правовое регулирование осуществлялось изначально именно вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи. При этом право на бесплатную медицинскую помощь является составной частью права на охрану здоровья в силу того, что последнее носит комплексный характер и включает в себя меры различного характера, в том числе медицинского, направленные на профилактику заболеваний, сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни. М.В. Подвизникова указывает, что «право на охрану здоровья граждан включает в себя все виды медицинской помощи, оказываемой в различных формах и на различных условиях»²⁵⁵.

²⁵⁵ Подвизникова М.В. Правовое регулирование лекарственной помощи в системе социального обеспечения: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. Екатеринбург, 2015. С. 12.

Из установленной правовой природы указанных прав следует, что они и соотносятся между собой как естественные и позитивные права. В научной литературе, исходя из особенностей указанных прав, отмечается, что «из этого следует разграничение между правами человека, которым корреспондирует негативная обязанность государства не нарушать их (гражданские и политические права), и правами, которым корреспондирует позитивная обязанность государства не только защищать, но и осуществлять»²⁵⁶.

Данный вопрос имеет не только теоретическое, но и практическое значение, в связи с перманентно стоящим вопросом об объеме права на бесплатную медицинскую помощь и корреспондирующих ему обязанностей со стороны государства. Так как данные права являются позитивными, то и объем их зависит от государства. В силу этих причин, указанные права не являются неотъемлемыми по своей правовой природе, что подчеркивается и в литературе. Так, при анализе различий между правами «первого» и «второго» поколений, отмечается, что «социально-экономические права не могут рассматриваться как естественные и неотчуждаемые»²⁵⁷.

Применительно к взаимосвязи естественного и позитивного права можно привести позицию А.М. Лушникова, который, рассматривая соотношение права на существование и права на труд и права на социальное обеспечение, указывает, что «право на существование как естественное и неотчуждаемое право человека является предпосылкой права на труд и права на социальное обеспечение, обуславливая их «общее родство», происхождение»²⁵⁸. Считаем, что с помощью указанного подхода можно хорошо охарактеризовать и модель взаимосвязи права на здоровье с правом на охрану здоровья и правом на медицинскую помощь. Право на здоровье в качестве естественного права человека является

²⁵⁶ Права человека и правовое социальное государство в России/ Отв. ред. Е.А. Лукашева. С. 153.

²⁵⁷ Там же. С. 154.

²⁵⁸ Лушников А.М. О праве на существование как первичной основе права на труд и права на социальное обеспечение// Вестник трудового права и права социального обеспечения. Выпуск 2. Право на труд и право на социальное обеспечение в системе прав человека/под ред. А.М. Лушникова, М.В. Лушниковой. Ярославль, 2007. С. 40.

предпосылкой позитивного права на охрану здоровья и позитивного права на медицинскую помощь.

А.М. Лушников, М.В. Лушникова указывают на смягчение противостояния естественно-правовых и позитивистских подходов²⁵⁹. Схожей позиции придерживается и С.И. Кобзева²⁶⁰.

В данную конструкцию идеально вписывается соотношение права на здоровье и права на охрану здоровья. Их взаимодействие можно выразить следующим образом: право на здоровье, в качестве естественного и неотчуждаемого права человека, защищает здоровье как особую ценность (благо) человека от негативных воздействий, и является предпосылкой права на охрану здоровья и права на медицинскую помощь, которые в качестве позитивных прав человека способствуют достижению наивысшего уровня физического и психического здоровья. В этом и проявляется их единство. Наличие и признание существующего права на здоровье непосредственно влияет на понимание важности здоровья человека, что в свою очередь способствует принятию государством на себя обязательств по его обеспечению и охране, что в концентрированном виде выражается в праве на охрану здоровья.

Проведенное исследование позволяет сделать ряд выводов:

1. Право на здоровье как право на неприкосновенность здоровья от любых негативных воздействий со иных лиц, общества и государства, является естественным правом, оно принадлежит человеку с момента рождения, вне зависимости от того, будет оно нормативно закреплено или нет.

2. Право на охрану здоровья как право на пользование результатами принимаемых государством мер различного характера, направленных на профилактику заболеваний, сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, предоставление ему медицинской помощи, является позитивным социальным правом человека. Для его реализации

²⁵⁹ См. подр.: Лушников А.М., Лушникова М.В. Курс трудового права: Учебник: в 2 т. Т. 1. Сущность трудового права и история его развития. Трудовые права в системе прав человека. Общая часть. М., 2009. С. 20.

²⁶⁰ См. подр.: Кобзева С.И. Источники права социального обеспечения России: монография. М., 2014. С. 14.

необходимы соответствующие действия и признание со стороны государства. Международные нормы в данном случае носят общий характер, закрепляют те минимальные стандарты, которые должно гарантировать государство.

3. Право на медицинскую помощь как право на получение предоставляемой на безвозмездной и (или) возмездной основах медицинской помощи, является одновременно и самостоятельным правом человека, и составной частью права на охрану здоровья, и соответственно также является позитивным правом, для реализации которого необходимы соответствующие действия и признание со стороны государства.

4. Единство и взаимодействие вышеперечисленных прав можно определить следующим образом. Право на здоровье в качестве естественного и неотчуждаемого права человека защищает здоровье как особую ценность (благо) человека от негативных воздействий, и является предпосылкой права на охрану здоровья и права на медицинскую помощь, которые в качестве позитивных социальных прав человека способствуют достижению «наивысшего уровня физического и психического здоровья».

§4. Отраслевая принадлежность права на медицинскую помощь

В настоящее время в научной литературе продолжается дискуссия по вопросу отраслевой принадлежности правоотношений, складывающихся в области здравоохранения. Естественно, это затрагивает право на медицинскую помощь в целом, и право на бесплатную медицинскую помощь в частности, являющееся основополагающим правом гражданина в указанной сфере деятельности.

Исследование отраслевой принадлежности права на медицинскую помощь необходимо для определения правовых механизмов, используемых для развития системы здравоохранения. От того, к какой отрасли права следует относить оказание медицинской помощи и права граждан при ее оказании, зависит направление и пути совершенствования действующего законодательства. Это

обусловлено тем, что каждая отрасль права имеет свой предмет и метод правового регулирования, принципы, отраслевые конструкции, что в конечном итоге находит свое воплощение в принимаемых нормативно-правовых актах.

Существует несколько точек зрения по вопросу отраслевой принадлежности отношений, складывающихся при оказании медицинской помощи. Данная проблема в научной литературе не разрешена до настоящего времени. Правовая наука не стоит на месте, а развивается вместе с общественными отношениями, соответственно и сторонники того или иного подхода приводят все новые и новые аргументы.

Для исследования данного вопроса нами был проведен анализ и критическое осмысление существующих позиций, который показал следующее.

В настоящее время все более усиливается тенденция выделения медицинского права в качестве самостоятельной отрасли права, имеющей комплексный характер.

Так, на это указывают С.Г. Стеценко, А.Н. Пищита, Н.Г. Гончаров²⁶¹. Под предметом медицинского права они понимают «общественные отношения, возникающие в процессе осуществления медицинской деятельности»²⁶². Схожие позиции о комплексности медицинского права нашли свое отражение в работах Г.Р. Колоколова и Н.И. Махонько²⁶³, В.И. Акопова²⁶⁴, Г.Б. Дерягина²⁶⁵ и др.²⁶⁶.

В отдельных исследованиях в качестве мотивов выделения медицинского права в качестве самостоятельной отрасли права указывается на специфику его

²⁶¹ Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Указ. соч. С. 46-47.

²⁶² Там же. С. 44.

²⁶³ Колоколов Г.Р., Махонько Н.И. Медицинское право: Учебное пособие. М., 2009. С. 16.

²⁶⁴ Акопов В.И. Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья: учебно-практическое пособие для практикующих юристов и врачей. Ростов н/Д., 2012. С.14.

²⁶⁵ Дерягин Г.Б. Медицинское право: учеб. пособие для студентов вузов/ Дерягин Г.Б., Кича Д.И., Коновалов О.Е. М., 2010. С. 8.

²⁶⁶ См. напр.: Медицинское право: учебное пособие/ научный редактор Ю.А. Дмитриев. М., 2006. С. 48-49.

источников²⁶⁷, И.А. Иванников в качестве критерия выделения медицинского права указывает на широту регулируемых общественных отношений²⁶⁸.

М.Н. Малеина рассматривает медицинское право в качестве комплексной отрасли законодательства²⁶⁹. М.Ю. Федорова рассматривает медицинское право в качестве комплексного правового образования²⁷⁰. С.Ю. Сашко, Л.В. Кочорова также подчеркивают, что правоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи, регулируются различными нормами и отраслями права²⁷¹.

Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов выделяют медицинское право в качестве самостоятельной отрасли права²⁷². В научной литературе отмечается, что «предмет биомедицинского права, оформившись изначально, как группа отношений между медицинским корпусом и пациентом (физическим лицом), расширяет свои границы за счет и иных общественных отношений, обеспечивающих эту связь (организационные, управленческие, по лекарственному обеспечению и др.)»²⁷³.

Отдельно необходимо отметить, что существуют и другие подходы к рассматриваемому вопросу. Так, одни авторы включают медицинское право в состав гражданского права (Л.Ю. Гарин²⁷⁴, Е.Х. Баринов, А.В. Тихомиров²⁷⁵), а другие вообще не касаются вопросов отраслевой принадлежности медицинской помощи, а оперируют понятиями законодательство в сфере охраны здоровья

²⁶⁷ См. подр.: Бирлидис Г.В., Ремизов И.В., Калиниченко Е.П. Правовое обеспечение профессиональной деятельности медицинских работников. Ростов н/Д., 2006. С. 24.

²⁶⁸ Иванников И.А., Рубанова Н.А. Медицинское право: Учебное пособие. М., 2009. С. 28.

²⁶⁹ См. подр.: Малеина М.Н. Указ. соч. С. 32.

²⁷⁰ См.: Федорова М.Ю. Медицинское право. С. 12.

²⁷¹ Сашко. С.Ю., Кочорова Л.В. Медицинское право: Учебное пособие. М., 2009. С. 15.

²⁷² См. подр.: Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Основы медицинского права России: Учебное пособие/ под ред. Ю.Д. Сергеева. М., 2007. С. 52.

²⁷³ Биомедицинское право в России и за рубежом: монография/ Г.Б. Романовский, Н.Н. Тарусина, А.А. Мохов (и др.). М., 2017. С. 19.

²⁷⁴ Гарин Л.Ю. Практические аспекты медицинского права: учебное пособие/под ред. И.А. Камаева. Н. Новгород, 2014. С. 16.

²⁷⁵ Баринов Е.Х., Тихомиров А.В. Медицинская юриспруденция и судебная медицина// Медицинская экспертиза и право. 2011. № 3. С. 7.

граждан (Н.Ф. Герасименко, О.Ю. Александрова, И.Ю. Григорьев²⁷⁶), законодательство, гарантирующее право на здоровье (А.А. Глашев²⁷⁷).

В связи с тем, что ряд авторов выделяют медицинское законодательство в качестве комплексной отрасли законодательства, либо комплексной отрасли права, и в обоснование своих позиций ссылаются в том числе и на специфику законодательных актов в сфере медицинской деятельности, в процессе настоящего исследования был проведен анализ действующего законодательства, который показал, что нормативные акты, регулирующие те или иные вопросы в сфере оказания медицинской помощи, можно подразделить на три основных блока:

1. Нормативно-правовые акты, непосредственно не регламентирующие процесс оказания медицинской помощи.

В данный блок можно включить организационные нормативно-правовые акты и акты, регламентирующие осуществление деятельности пусть и тесно связанной с медицинской помощью, но не являющейся таковой. К нему можно отнести законодательство по следующим вопросам: порядок создания и лицензирования медицинских организаций; порядок взаимодействия с вышестоящими органами; правила составления различных отчетов и статистической информации; порядок документооборота и обмена информацией; порядок осуществления контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности; вопросы аттестации медицинских работников; порядок проведения медицинских экспертиз и освидетельствований; порядки и правила осуществления деятельности, относящейся к компетенции медицинской организации, но не являющейся непосредственно оказанием медицинской помощи и др.

2. Нормативно-правовые акты, регламентирующие сам процесс оказания медицинской помощи.

²⁷⁶ Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю. Григорьев И.Ю. Указ. соч. С. 92.

²⁷⁷ Глашев А.А. Медицинское право. Практическое руководство для юристов и медиков. М., 2004. С. 13.

Сюда можно отнести порядки и стандарты оказания медицинской помощи по профилям соответствующих заболеваний, а также другие акты, устанавливающие алгоритм действий медицинских работников непосредственно при оказании медицинской помощи. Особенностью первых двух блоков является то, что они не устанавливают правоотношений между врачом и пациентом.

3. Нормативно-правовые акты, устанавливающие само право на медицинскую помощь, а также права и обязанности пациентов, медицинских работников и медицинских учреждений при обращении за медицинской помощью, в процессе и после ее оказания.

Необходимо отметить, что медицинское законодательство можно классифицировать и по другим критериям. Можно более детально подразделить выделенные блоки на соответствующие подблоки по различным основаниям дифференциации. Однако полагаем, что для целей, поставленных в настоящем параграфе, предложенное разграничение медицинского законодательства позволяет установить возможность или невозможность определения отраслевой принадлежности права на медицинскую помощь.

Объединяет все три указанных блока сфера их применения – медицинская деятельность, и по этому критерию их можно рассматривать в качестве медицинского законодательства. Однако при этом выделенные блоки относятся к разным отраслям как права, так и законодательства.

Если рассматривать часть вопросов из первого блока, то довольно большой массив правоотношений находится в сфере гражданского законодательства. Сюда можно отнести вопросы, связанные с созданием медицинских учреждений различных форм собственности, порядок функционирования в связи с осуществлением хозяйственной деятельности, правоотношения по вопросам взаимодействия в рамках гражданско-правовых договоров подряда, поручения и т.д. Естественно, в данной ситуации нормы гражданского законодательства напрямую регулируют подобные вопросы. Трудовые правоотношения, складывающиеся в процессе деятельности медицинских организаций, регулируются нормами трудового законодательства и входят в предмет отрасли

трудового права. Административное законодательство регулирует складывающиеся в процессе функционирования медицинских учреждений их взаимоотношения с уполномоченными в сфере здравоохранения органами государственной власти, преимущественно носят характер власти и подчинения, то есть налицо один из способов правового регулирования, присущих административному праву. А.Л. Благодир применительно к медицинскому праву отмечает, что «у такой отрасли права невозможно выделить единый предмет и метод правового регулирования»²⁷⁸.

Часть вопросов первого блока и большинство из вопросов второго блока регулируются в основном ведомственными актами Министерства здравоохранения и социального развития, а также постановлениями Правительства РФ и органов власти субъектов РФ. Так, например, относящиеся к первому блоку вопросы заполнения медицинской документации регламентируются Приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»²⁷⁹ и другими актами Минздрава, как и относящиеся ко второму блоку порядки и стандарты оказания медицинской помощи, например, Приказ Минздрава России от 12.11.2012 N 907н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология»²⁸⁰, Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 708н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни)»²⁸¹ и др.

Таким образом, указанные нормативные акты первого и второго блоков не устанавливают само право на медицинскую помощь, а связаны с организацией деятельности системы здравоохранения вообще и медицинских организаций в

²⁷⁸ Благодир А.Л. Система права социального обеспечения: автореф. ... д-ра юрид. наук. М., 2014. С. 16.

²⁷⁹ Официальный интернет-портал правовой информации [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pravo.gov.ru>, 26.02.2015.

²⁸⁰ Российская газета. Спецвыпуск. N 78/1. 11.04.2013.

²⁸¹ Российская газета. Спецвыпуск. N 122/1. 07.06.2013.

частности, либо являются руководящими документами в деятельности медицинских работников.

Рассматривая третий блок медицинского законодательства – нормативно-правовые акты, устанавливающие само право на медицинскую помощь и более узкие по содержанию права, необходимо отметить, что в настоящее время по данным вопросам нет таких нормативно-правовых актов, которые можно было бы рассматривать в качестве формирующих комплексную отрасль медицинского законодательства, скорее можно говорить о комплексном законодательстве об охране здоровья. Так, анализ содержания ФЗ № 323 показывает, что он касается вопросов не только прав граждан при обращении и получении медицинской помощи, но и вопросов охраны здоровья в целом (пусть некоторые из них только в общем виде), а также вопросов, связанных с медицинской экспертизой и медицинским освидетельствованием, медицинскими мероприятиями в случае смерти человека, вопросов лекарственного обеспечения, финансового обеспечения охраны здоровья и др. Из ч. 1 ст. 3 ФЗ № 323 следует, что к комплексной отрасли законодательства в сфере охраны здоровья можно отнести и нормативно-правовые акты, регламентирующие отдельные составляющие охраны здоровья граждан (например, Федеральный закон РФ «Об охране окружающей среды» № 7-ФЗ от 10 января 2002 года²⁸², Федеральный закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ от 30 марта 1999 года²⁸³).

Из ст. 1 ФЗ № 326 следует, что он регулирует только одну из организационно-правовых форм права социального обеспечения, посредством которой предоставляется медицинская помощь – обязательное медицинское страхование. Однако бесплатная медицинская помощь предоставляется и за счет средств соответствующих бюджетов, и в рамках правоотношений по социальной помощи и социальному обслуживанию, за счет собственных средств граждан, в рамках добровольного медицинского страхования и др., на которые указанный

²⁸² СЗ РФ. 14.01.2002. N 2, ст. 133.

²⁸³ СЗ РФ. 05.04.1999. N 14, ст. 1650

закон не распространяет свое действие. Платные медицинские услуги и система ДМС в настоящее время регламентируются нормами как ФЗ № 323, так и Гражданского кодекса РФ²⁸⁴, а также Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006²⁸⁵.

Из изложенного следует, что на уровне законов Российской Федерации право на медицинскую помощь регламентируется в нормативно-правовом акте, посвященном не только медицинской помощи, но и охране здоровья в целом, то есть как составная часть охраны здоровья. Таким образом, по нашему мнению, в настоящее время как по формальному критерию отсутствия самостоятельного комплексного нормативно-правового акта, регламентирующего все организационно-правовые формы предоставления медицинской помощи, так и исходя из позиции законодателя, нельзя утверждать о наличии самостоятельной комплексной отрасли медицинского законодательства. В широком смысле медицинское законодательство, носящее комплексный характер, можно рассматривать в качестве подотрасли комплексного законодательства в сфере охраны здоровья граждан.

Переходя к вопросу о выделении медицинского права в качестве самостоятельной комплексной отрасли права, необходимо отметить, что автор разделяет позиции А.М. Лушникова, М.В. Лушниковой, которые отмечают, что «комплексной может быть отрасль законодательства»²⁸⁶.

Но даже если рассматривать критерии выделения комплексных отраслей, то и в таком случае медицинское право не является комплексной отраслью права. С.С. Алексеев применительно к последствиям формирования комплексных отраслей законодательства путем кодификации указывал, что «относительно самостоятельные правовые образования возникают только тогда, когда

²⁸⁴ СЗ РФ. 29.01.1996. № 5, ст. 410

²⁸⁵ СЗ РФ. 08.10.2002. № 41, ст. 5628.

²⁸⁶ Лушников А.М., Лушникова М.В. Социальное право, трудовое право и право социального обеспечения: сравнительный анализ//Вестник трудового права и права социального обеспечения. Выпуск 2. Право на труд и право на социальное обеспечение в системе прав человека/под ред. А.М. Лушникова, М.В. Лушниковой. Ярославль, 2007. С. 60.

формирование комплексной области законодательства сопряжено с изменением содержания правового регулирования»²⁸⁷.

Таким образом, для формирования самостоятельного правового образования необходимо, чтобы формирование комплексной отрасли законодательства было проведено на уровне кодификации и повлекло за собой изменение содержания правового регулирования. Как уже указывалось выше, применительно к праву на медицинскую помощь отсутствует не только кодифицированный нормативно-правовой акт, но отсутствует и просто самостоятельный нормативно-правовой акт, посвященный всем формам реализации права на медицинскую помощь.

Кроме того, в большинстве исследований комплексной отрасли медицинского права остается за кадром вопрос о социально-обеспечительных механизмах реализации права на бесплатную медицинскую помощь и об определении отраслевой принадлежности самого права на медицинскую помощь. Общепризнанной в теории права социального обеспечения является отнесение правоотношений, складывающихся в процессе предоставления бесплатной медицинской помощи, к предмету права социального обеспечения. В качестве примера можно указать труды В.П. Галаганова²⁸⁸, Е.Е. Мачульской²⁸⁹, М.В. Филипповой²⁹⁰, Н.А. Соколовой²⁹¹ и многих др. При этом, как справедливо отмечает Т.К. Миронова, «именно в контексте прав человека, а не в качестве сферы правового регулирования профессиональной деятельности, рассматривается медицинская помощь в праве социального обеспечения»²⁹².

²⁸⁷ См. подр.: Алексеев С.С. Общая теория права: учебник. М., 2009. С. 179-180.

²⁸⁸ Галаганов В.П. Право социального обеспечения: учебник. М., 2014. С. 82.

²⁸⁹ Мачульская Е.Е. Право социального обеспечения: учебник. М., 2010. С. 80.

²⁹⁰ См. подр. Право социального обеспечения: учебник/ под ред. М.В. Филипповой. М., 2006. С. 57.

²⁹¹ Соколова Н.А. Дифференциация правового регулирования отношений по предоставлению медицинской помощи. //Проблемы дифференциации в правовом регулировании отношений в сфере труда и социального обеспечения. Материалы Пятой Международно-практической конференции/ под ред. К.Н. Гусова. М., 2009. С. 530.

²⁹² Миронова Т.К. Международные стандарты оказания медицинской помощи в порядке социального обеспечения// Вопросы российского и международного права. 2016. № 4. С. 115.

Право на медицинскую помощь является тем ядром, ради которого функционирует система оказания медицинской помощи. Рассматривая многочисленные организационные и сопутствующие вопросы системы здравоохранения, сама правовая природа общественных отношений, опосредующих реализацию права на медицинскую помощь, по непонятным причинам остается за кадром и фактически сторонниками выделения медицинского права не исследуется. То есть констатируется сам факт наличия права на медицинскую помощь и анализируются его конкретные виды.

Представляется, что подобная позиция обусловлена тем, что фактически происходит отождествление двух самостоятельных, с нашей точки зрения, понятий: права на медицинскую помощь и организационно-правовых форм, в рамках которых оно реализуется.

Право на медицинскую помощь, как уже было обосновано в предыдущем параграфе, является позитивным правом человека, закрепленным в международно-правовых актах, Конституции РФ и ФЗ № 323. Но выполнение государством принятых на себя обязательств и регулирование медицинской деятельности осуществляется посредством различных организационных и правовых механизмов, которые отличаются между собой по своей правовой сущности. Т.К. Миронова отмечает, что «государственно организованная медицинская помощь может оказываться в рамках различных организационно-правовых форм»²⁹³. При этом данные формы и механизмы регулируют именно организационные, финансовые и правовые механизмы предоставления гражданам медицинской помощи. Само право на бесплатную медицинскую помощь, а также права граждан при ее получении, остаются неизменными при любой форме организации медицинской помощи. Государство может изменять способы и формы организации предоставления медицинской помощи при выполнении своих обязательств, изменять объемы гарантированной медицинской помощи, но право на медицинскую помощь как право человека остается при этом неизменным,

²⁹³ Там же. С. 113.

поскольку вытекает из необходимости выполнения государством своих международно-правовых обязательств.

По мнению автора, первая форма единого права на медицинскую помощь – право на бесплатную медицинскую помощь - реализуется в рамках организационно-правовых форм социального обеспечения. Вторая форма единого права на медицинскую помощь – право на получение платных медицинских услуг - реализуется в рамках организационно-правовых форм, регулируемых совокупностью норм гражданского законодательства, а также нормами законодательства об охране здоровья. Соответственно, считаем, что и отраслевую принадлежность могут иметь только организационно-правовые формы, в рамках которых реализуется право на медицинскую помощь.

Подробно организационно-правовые формы предоставления бесплатной медицинской помощи будут рассмотрены в следующей главе настоящего исследования. Также с позиций оптимизации межотраслевых связей права социального обеспечения и гражданского права будут затронуты и институты гражданского права, регулирующего платную медицинскую помощь. Здесь же они в общем виде будут рассмотрены применительно к двум вышеуказанным формам права на медицинскую помощь.

Правоотношения по предоставлению бесплатной медицинской помощи входят в предмет правового регулирования права социального обеспечения. Она предоставляется в следующих организационно-правовых формах социального обеспечения, в рамках которых медицинская помощь является одним из видов социального обеспечения: социального страхования (ОМС), социальной помощи и социального обслуживания, а также в рамках государственного социального обеспечения за счет средств бюджета для отдельных категорий граждан.

Право на платную медицинскую помощь реализуется в следующих формах: на основании гражданско-правового договора возмездного оказания медицинских услуг и в рамках системы добровольного медицинского страхования. Однако данные формы медицинской помощи появились в постсоветский период нашей истории. С появлением рыночной экономики медицина не осталась в стороне, и

появилась платная медицинская помощь. В литературе указывается, что «здравоохранение как система деятельности включает две подсистемы: государственно-муниципальную, относящуюся к социальной сфере государства, и частную, относящуюся к экономической системе»²⁹⁴. К.В. Егоров отмечает, что «медицинское вмешательство может существовать в форме публично-правовых и частноправовых отношений»²⁹⁵. Схожей позиции придерживается и А.В. Тихомиров²⁹⁶.

Логика данного подхода понятна, и соответствует существующим подходам к предмету права социального обеспечения. Однако с развитием общественных отношений развиваются и способы регулирования тех или иных сфер общественной жизни, в том числе социальной сферы, что непосредственно влияет на подходы к определению предмета соответствующей отрасли права. М.В. Лушникова, А.М. Лушников анализируют происходящие изменения, отмечая, что «новый облик права социального обеспечения обусловлен, на наш взгляд, модификацией природы этой отрасли. Полагаем, что она все больше приобретает частно-публичную природу»²⁹⁷.

И в первую очередь это касается организации развивающейся системы оказания платной медицинской помощи населению. Если в конце прошлого – начале нынешнего веков правовое регулирование платной медицинской помощи действительно осуществлялось в значительной степени на основании норм гражданского законодательства, то с принятием ФЗ № 323 наметилась тенденция отхода от чисто гражданско-правовых механизмов регулирования. В ранее действовавших Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья от 22 июля 1993 года № 5487-1²⁹⁸ отдельно в ч. 3 ст. 20 закреплялось право на бесплатную медицинскую помощь и отдельно в ч. 5 ст. 20

²⁹⁴ Цлаф В.М. Государственно-частные партнерства в здравоохранении: эффективные решения//Менеджер здравоохранения. 2010. № 11. С. 31.

²⁹⁵ Егоров К.В. Правомерный вред в медицине. М., 2011. С. 81.

²⁹⁶ Тихомиров А.В. О комплексности правового регулирования оборота медицинских услуг//Главный врач: хозяйство и право. 2013. № 5. С. 22.

²⁹⁷ Лушникова М.В., Лушников А.М. Курс права социального обеспечения. С. 425.

²⁹⁸ Ведомости СНД и ВС РФ. 19.08.1993, N 33, ст. 1318.

предусматривалось, что граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ ДМС, а также за счет своих личных средств и иных источников. В ч. 1 ст. 19 ФЗ № 323 закрепляется уже единое право каждого на медицинскую помощь, а в ч. 2 указанной статьи оно подразделяется на бесплатные и платные формы. Таким образом, в отечественном законодательстве две составляющих права на медицинскую помощь трансформировались в единое право на медицинскую помощь, что соответствует терминологии, используемой в международно-правовых актах. Подобный подход законодателя является, по мнению диссертанта, правильным, поскольку подчеркивает, с одной стороны, единство права на медицинскую помощь в его сущности, а, с другой стороны, указывает на его дифференциацию в зависимости от механизма реализации.

Таким образом, организационно-правовые формы предоставления платной медицинской помощи, несмотря на их регулирование в настоящее время нормами гражданского законодательства, находятся в тесной взаимосвязи с организационно-правовыми формами социального обеспечения, как механизмы реализации единого права на медицинскую помощь. Соответственно на первый план выходят вопросы оптимизации межотраслевых связей права социального обеспечения и гражданского права, которые будут рассмотрены в третьей главе настоящего исследования под углом совершенствования правового регулирования механизмов предоставления бесплатной медицинской помощи.

В качестве выводов необходимо отметить следующее:

По нашему мнению, в настоящее время невозможно ставить вопрос о выделении медицинского права в качестве самостоятельной комплексной отрасли права как в силу отсутствия единого нормативно-правового акта, регламентирующего все существующие организационно-правовые формы предоставления медицинской помощи, так и в силу отсутствия каких-либо изменений в содержании правового регулирования соответствующих общественных отношений, в случае если объединить или рассматривать действующие нормативно-правовые акты в сфере медицинской деятельности в качестве комплексной отрасли медицинского законодательства. Теоретически

можно говорить о праве на медицинскую помощь как о праве человека и соответственно о законодательстве, устанавливающем право на медицинскую помощь. Однако с практической точки зрения такая необходимость отсутствует, так как само право на медицинскую помощь, как уже указывалось выше, является позитивным социальным правом человека, а не правом в смысле отрасли права. Отраслевую принадлежность имеют организационно-правовые формы реализации права на медицинскую помощь, определяющие его содержание в части организационных и финансовых составляющих.

Глава 3. Правовое регулирование бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации на современном этапе

§1. Актуальные проблемы правового регулирования бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации

Проведенные в постсоветский период реформы в системе отечественного здравоохранения не решили всех стоящих перед ней задач. Применительно к бесплатной медицинской помощи оставалось недостаточным ее финансирование, качество и доступность. Г.Э. Улумбекова указывала, что «серьезным вызовом здравоохранению является то, что в стране постоянно растет заболеваемость – всего в нашей стране с населением в 142,9 млн. человек в 2010 г. было зарегистрировано 228 млн. случаев острых и хронических заболеваний, что в 1,5 раза больше, чем в 1990 г., причем смертность за этот период увеличилась в 1,3 раза»²⁹⁹.

Стало понятно, что действующее законодательство нуждается в дальнейшем реформировании. В результате нормативная база отечественного здравоохранения была коренным образом обновлена.

На современном этапе правовое регулирование бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации основывается на ФЗ № 326 и ФЗ № 323, а также нормативно-правовых актах, принятых для их исполнения.

Как уже указывалось выше, в общем виде право на медицинскую помощь закреплено в ст. 41 Конституции Российской Федерации, в которой не закреплены конкретные формы организации предоставления бесплатной медицинской помощи. Важнейшими элементами права на бесплатную медицинскую помощь в Конституции РФ являются две характеристики: во-первых, это право каждого, то есть всеобщее право без каких-либо критериев или условий дифференциации, а во-вторых, это право является бесплатным для получателя медицинской помощи.

²⁹⁹ Улумбекова Г.Э. Вызовы системе здравоохранения РФ: пути решения// ГлавВрач. 2012. № 5. С. 14.

Необходимо отметить, что подобный подход соответствует международно-правовым стандартам права на медицинскую помощь, как общим принципам, установленным на глобальном уровне, так и основополагающим актам международных организаций. Так, например, п. 1 Рекомендации МОТ № 69 в качестве международного стандарта предусматривает наличие двух основных направлений служб здравоохранения: лечебное обслуживание и профилактическое обслуживание. Отечественное законодательство соответствует указанным стандартам, выстраивая систему здравоохранения, обеспечивающую право каждого на бесплатную медицинскую помощь, и закрепляя широкий круг гарантий в сфере охраны здоровья.

В развитие конституционных норм, ФЗ № 323 в ч. 1 ст. 19 закрепляет право каждого на медицинскую помощь. Ч. 2 указанной статьи конкретизирует объем права на бесплатную медицинскую помощь - объем, предусмотренный программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее по тексту - ПГГ), которая в соответствии с ч. 4 ст. 80 ФЗ № 323 утверждается сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством Российской Федерации и сохраняет его основные характеристики в виде его всеобщности и безвозмездности.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 года № 1506³⁰⁰ утверждена ПГГ на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов.

Таким образом, на законодательном уровне закреплено право каждого на бесплатную медицинскую помощь в объемах, предусмотренных федеральными и территориальными ПГГ.

Виды медицинской помощи непосредственно перечислены в ч. 2 ст. 32 ФЗ № 323. К ним относятся: первичная медико-санитарная помощь; специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь; скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

³⁰⁰ СЗ РФ. 17.12.2018. N 51, ст. 8013

паллиативная медицинская помощь. В ч. 3 ст. 32 ФЗ № 323 определены условия оказания медицинской помощи: вне медицинской организации; амбулаторно; в дневном стационаре; стационарно.

В соответствии с разделом II ПГГ в ее рамках бесплатно предоставляются все из вышеуказанных видов медицинской помощи.

На основании ПГГ в субъектах РФ принимаются территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее по тексту – ТПГГ), в которых органы государственной власти субъектов РФ устанавливают целевые значения критериев доступности медицинской помощи, перечень заболеваний (состояний) и перечень видов медицинской помощи, оказываемой гражданам за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ и средств бюджета территориального фонда ОМС, порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке и другие показатели, предусмотренные ПГГ. Так, например, в Ярославской области постановлением правительства Ярославской области № 979-п от 28 декабря 2018 года³⁰¹ утверждена ТПГГ Ярославской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов.

Переходя к анализу программ ОМС, отметим, что базовая программа ОМС на основании ч. 1 ст. 35 ФЗ № 326 является составной частью ПГГ, а территориальные программы ОМС на основании ч. 1 ст. 36 указанного закона являются составными частями ТПГГ.

Так, в соответствии с разделом IV ПГГ в рамках базовой программы ОМС гражданам (застрахованным лицам) оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе при соблюдении определенных условий высокотехнологичная медицинская помощь. Кроме того, в рамках ОМС в

³⁰¹ Документ-Регион. N 8. 01.02.2019.

определенных случаях и за рядом исключений осуществляются профилактические мероприятия, в том числе диспансеризация, а также мероприятия по медицинской реабилитации, применению вспомогательных репродуктивных технологий, обеспечению лекарственными препаратами и т.д.

Территориальные программы ОМС, являющиеся составными частями ТПГГ на основании базовой программы ОМС, включают в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленных базовой программой ОМС и определяют финансовые показатели и нормативы, связанные с оказанием медицинской помощи на территории соответствующего субъекта РФ. Например, в качестве отдельных примеров бесплатной медицинской помощи, оказываемой населению Ярославской области в рамках реализации Территориальной программы ОМС Ярославской области, можно привести указанные в ней случаи:

- оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС;
- проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- проведения медицинских осмотров несовершеннолетних;
- проведения диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- и др.

Объем бесплатной медицинской помощи, включенной в ПГГ и ТПГГ, соответствует международным стандартам. В соответствии с п. 8 Конвенции МОТ № 102 покрываемые риски должны включать любое болезненное состояние, независимо от вызвавшей его причины, а также беременность и роды и их последствия. В качестве минимального стандарта медицинской помощи при болезненном состоянии ст. 10 Конвенции закрепляет медицинское обеспечение в виде: обслуживания врачами общей практики (в том числе визиты на дом) и

врачами-специалистами в больницах, а также в определенных случаях вне больниц; предоставления основных фармацевтических средств; госпитализация в случае необходимости.

Анализ содержания объема предоставляемой бесплатно медицинской помощи показал, что в Российской Федерации он соответствует указанным стандартам.

Из раздела 5 ПГГ следует, что источниками финансового обеспечения Программы являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов (в случае передачи им соответствующих полномочий), средства ОМС.

В настоящем исследовании не стоит задача перечисления всех многочисленных видов заболеваний и состояний, включенных в ПГГ и способов их финансирования. Здесь же отметим, что за счет средств соответствующих бюджетов финансируется в основном медицинская помощь, не включенная в программы ОМС.

Анализ содержания федеральной и территориальных ПГГ показывает, что фактически объем права на бесплатную медицинскую помощь определяется путем включения в них тех или иных видов медицинской помощи и определения источника их финансирования (средства бюджетов разных уровней и средства ОМС).

Но сами по себе ПГГ и ТПГГ не дают ответа на вопрос о том, каким образом организована система оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. В предыдущем параграфе настоящего исследования уже указывалось, что право граждан на бесплатную медицинскую помощь реализуется в рамках организационно-правовых форм социального обеспечения (базовая категория для права социального обеспечения): социального страхования, социальной помощи и социального обслуживания, государственного социального обеспечения за счет средств бюджета для отдельных категорий граждан.

Исследование вышеуказанных форм целесообразно начать с системы ОМС, как основного механизма реализации указанного права. В соответствии с п. 1 ст. 3

ФЗ № 326 ОМС это вид обязательного социального страхования, направленный на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи. Из указанного определения следует, что ОМС является видом обязательного социального страхования. Из ст. 1 Федерального закона РФ «Об основах обязательного социального страхования» № 165-ФЗ от 16 июля 1999 года³⁰² (далее по тексту – ФЗ № 165) следует, что оно распространяется на работающих граждан, а в случаях, предусмотренных законодательством РФ и на иные категорий граждан, в том числе вследствие заболевания. В соответствии с п. 1 ч. 1 ст. 7 ФЗ № 165 необходимость получения медицинской помощи отнесена к одному из видов социальных страховых рисков, а в соответствии с ч. 1.1. заболевание отнесено к страховому случаю. Согласно ч. 2 ст. 8 ФЗ № 165 оплата медицинскому учреждению расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу необходимой медицинской помощи, является одним из видов страхового обеспечения.

Однако в соответствии с п. 4 ст. 3 ФЗ № 326 страховой случай - совершившееся событие (особо выделим, что сюда включены и профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС, которое выражается в исполнении обязательств по предоставлению медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате.

Сопоставление одних и тех же понятий, содержащихся в двух вышеуказанных законах, показывает на их существенное различие. Так, в ФЗ № 326 к страховым случаям отнесено не только заболевание или травма, но и профилактические мероприятия, которые не соответствуют критериям социального страхового риска и страхового случая. Выше по тексту уже указывалось, что в программы ОМС включены профилактические осмотры, различные виды диспансеризации населения и т.д., в принципе не

³⁰² СЗ РФ. 19.07.1999. N 29, ст. 3686.

соответствующие вышеуказанным критериям страхования. Здесь в качестве небольшого отступления, укажем, что, несмотря на то, что в настоящем исследовании не стоит задача по анализу конкретных видов медицинской помощи и способов ее оказания, нельзя не отметить, что в настоящее время происходит активное воссоздание и развитие системы профилактики заболеваний, хорошо зарекомендовавшей себя в советский период. Как уже указывалось в соответствующем параграфе настоящего исследования, задача по предупреждению развития заболеваний была зафиксирована в Программе Российской коммунистической партии (большевиков), принятой в 1919 году на VIII съезде РКП(б) и лежала в основе советской системы здравоохранения. В настоящее время в п. 8 ст. 4 ФЗ № 323 приоритет профилактики в сфере охраны здоровья закреплен в качестве одного из основных принципов охраны здоровья. Были приняты многочисленные нормативно-правовые акты, регламентирующие вопросы профилактики заболеваний и диспансеризации (ее основной метод) различных групп населения. Например, приказ Минздравсоцразвития РФ от 14.12.2009 N 984³⁰³, регламентирующий прохождение диспансеризации государственными гражданскими и муниципальными служащими, приказ Минздрава России от 30.09.2015 N 683н³⁰⁴, посвященный профилактике неинфекционных заболеваний, приказ Минздрава России от 13.03.2019 N 124н³⁰⁵, устанавливающий порядок проведения профилактического медосмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1348н³⁰⁶ о порядке прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения.

В организации действующей системы ОМС главную роль играют финансовые механизмы обеспечения бесплатной медицинской помощи, что

³⁰³ Российская газета. N 12. 22.01.2010.

³⁰⁴ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. N 2. 11.01.2016.

³⁰⁵ [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы «Гарант». Режим доступа – локальный.

³⁰⁶ Российская газета. N 74. 05.04.2013.

обусловлено принятыми государством на себя обязательствами. Однако это порождает проблемы, связанные с поиском оптимального баланса между объемом бесплатной медицинской помощи и ее финансированием. Возложение на систему ОМС функции по организации предоставления бесплатной медицинской помощи и привело к тому, что в ее рамках медицинская помощь предоставляется не только в случаях, отвечающих страховым критериям, но и в случаях оказания медицинской помощи в профилактических и других целях, не отвечающих страховым критериям. Кроме того, функция предоставления бесплатной медицинской помощи относится к категории обязанностей государства, корреспондирующих праву на бесплатную медицинскую помощь. Соответственно, она должна быть предоставлена в любом случае, вне зависимости от какой-либо организационной формы. И тем более для человека не имеет значения указанная организационно-правовая форма. Он имеет право на гарантированный государством объем бесплатной медицинской помощи и должен его получить, а в какой форме, для него это вопрос вторичный. Не случайно ранее мы обращали внимание, что Конституция РФ не закрепляет конкретной формы предоставления бесплатной медицинской помощи.

В связи с этим указанная функция в принципе обуславливает невозможность установления жесткой взаимосвязи между предоставлением гарантированной медицинской помощи и ее финансировании за счет взносов страхователей. Это соответствует и закрепленному в ст. 8 Рекомендации МОТ № 69 положению о том, что медицинское обслуживание должно распространяться на всех членов коллектива, независимо от наличия приносящей доход работы.

Следующей организационно-правовой формой социального обеспечения, в рамках которой предоставляется бесплатная медицинская помощь, является социальная помощь и социальное обслуживание.

Федеральный закон РФ «О государственной социальной помощи» № 178-ФЗ от 17 июля 1999 года³⁰⁷ в подп. 1.1. п. 1 ст. 6.2. предусматривает в составе

³⁰⁷ СЗ РФ. 19.07.1999. N 29, ст. 3699.

набора социальных услуг предоставление путевки на санаторно-курортное лечение. В соответствии с ч. 3 ст. 40 ФЗ № 323 санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь.

Т.К. Миронова применительно к санаторно-курортному лечению указывает, что оно предоставляется в том числе в «порядке государственной социальной помощи»³⁰⁸. В литературе подчеркивается, что оно «предполагает обеспечение граждан путевками на санаторно-курортное лечение бесплатно или со скидкой»³⁰⁹. Л.А. Дмитриев отмечает значимость санаторно-курортного лечения³¹⁰. А.В. Ануфриева отмечает, что «наиболее ярко при предоставлении санаторно-курортного лечения проявляются профилактическая функция и реабилитационная подфункция»³¹¹.

Федеральный закон РФ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» № 442-ФЗ от 28 декабря 2013 года³¹² в ст. 20 среди видов социальных услуг предусматривает социально-медицинские. Виды социально-медицинских услуг во всех формах социального обслуживания содержатся в п. 2 Примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг, утвержденного постановлением Правительства РФ от 24.11.2014 N 1236³¹³, часть из которых (например, измерение температуры тела, артериального давления и др.) можно отнести к медицинской помощи. На региональном уровне также возможно закрепление дополнительных видов социально-медицинских услуг. Так, например, в ч.2 ст. 103 Закона Ярославской области от 19.12.2008 N 65-з «Социальный кодекс Ярославской области»³¹⁴ установлено, что в стационарной и в полустационарной формах социального обслуживания предоставляются

³⁰⁸ Миронова Т.К. Право социального обеспечения. Учебное пособие. М., 2013. С. 249.

³⁰⁹ Право социального обеспечения России: Учебник. М.О. Буянова, К.Н. Гусов (и др.). / отв. ред. К.Н. Гусов. М., 2010. С. 518.

³¹⁰ См. подр.: Дмитриев Л.А. Основные направления развития медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения в Российской Федерации//Главный врач. 2014. № 4. С. 13.

³¹¹ Ануфриева А.В. Правовое регулирование санаторно-курортного лечения в системе социального обеспечения Российской Федерации: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. Пермь, 2016. С. 19.

³¹² СЗ РФ. 30.12.2013. N 52 (часть I), ст. 7007.

³¹³ СЗ РФ. 01.12.2014. N 48, ст. 6872.

³¹⁴ Губернские вести. N 116. 20.12.2008.

социально-медицинские услуги по проведению первичного медицинского осмотра.

В литературе применительно к социальному обслуживанию в стационарных учреждениях социального обслуживания отмечается, что оно «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 мероприятий медицинского, психологического, социального характера, питание и уход, а также организацию посильной трудовой деятельности, отдыха и досуга»³¹⁵.

В качестве следующей организационно-правовой формы предоставления бесплатной медицинской помощи можно выделить государственное социальное обеспечение за счет бюджета для отдельных категорий граждан.

Выделение данной формы обусловлено тем обстоятельством, что отдельным категориям граждан предоставляется бесплатная медицинская помощь, не относящаяся ни к одной из выше проанализированных форм. В общем виде ее можно классифицировать в данном случае по критерию включенности в программы государственных гарантий:

1. Медицинская помощь отдельным категориям граждан, включенная в состав ПТГ, но не входящая в состав программ ОМС. Отметим, что в основном это обусловлено либо статусом не застрахованного в рамках ОМС лица, либо категорией заболеваний или видом медицинской помощи.

2. Медицинская помощь отдельным категориям граждан, не включенная ни в состав ПТГ, ни в состав программ ОМС, а предусмотренная соответствующими нормативно-правовыми актами. Так, Федеральным законом от 19.07.2011 N 247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»

³¹⁵ Право социального обеспечения: учебник для бакалавров/ под ред. В.Ш. Шайхатдинова. М., 2012. С. 356.

Федерации»³¹⁶ в ч. 1 ст. 11 предусмотрено право сотрудника на бесплатное получение отдельных видов медицинской помощи (в том числе на изготовление и ремонт зубных протезов). Федеральным законом от 30.12.2012 N 283-Ф «О социальных гарантиях сотрудникам некоторых федеральных органов исполнительной власти и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»³¹⁷ в ч. 1 ст. 10 имеется аналогичная норма, устанавливающая право на бесплатное оказание отдельных видов медицинской помощи. Согласно ч. 2 ст. 16 Федерального закона РФ «О статусе военнослужащих» от 27.05.1998 N 76-ФЗ³¹⁸ военнослужащие и граждане, призванные на военные сборы, также имеют право на бесплатное получение медицинской помощи. Существуют и другие федеральные законы, устанавливающие право отдельных категорий граждан на бесплатную медицинскую помощь, но общим в данном случае является предоставление бесплатной медицинской помощи в качестве социальной гарантии вне рамок ПТГ.

Объединяющим критерием вышеуказанных случаев бесплатного оказания медицинской помощи является то обстоятельство, что и в том и в другом случае медицинскую помощь можно рассматривать в качестве государственного социального обеспечения отдельных категорий граждан. В одном случае она предоставляется на основании конституционного права на бесплатную медицинскую помощь лицам, незастрахованным в системе ОМС, или отдельным категориям населения, страдающими отдельными видами заболеваний или нуждающимся в медицинской помощи, не включенной в силу позиции законодателя в программы ОМС. В других случаях медицинская помощь предоставляется отдельным категориям граждан в силу их специального статуса на основании соответствующего законодательства.

По своей сути вышерассмотренные случаи бесплатного оказания медицинской помощи за счет средств соответствующих бюджетов представляют

³¹⁶ Российская газета. N 157. 21.07.2011.

³¹⁷ Российская газета. N 3. 11.01.2013.

³¹⁸ Российская газета. N 104. 02.06.1998.

собой систему государственного финансирования принятых на себя государством обязательств по предоставлению бесплатной медицинской помощи. Указанную систему можно было бы в полной мере назвать системой государственного здравоохранения, если бы и медицинская помощь в ее рамках оказывалась только в государственных медицинских организациях. Однако действующее законодательство позволяет и частным медицинским организациям участвовать в реализации ПГГ. В этом основное отличие от советской системы здравоохранения, когда медицинская помощь и финансировалась государством, и предоставлялась в государственных медицинских учреждениях. Именно поэтому система финансирования бесплатной медицинской помощи за счет бюджетов соответствующих уровней является системой государственного финансирования бесплатной медицинской помощи.

Таким образом, в настоящий момент сложилась система бесплатного оказания медицинской помощи, при которой большинство из видов бесплатной для получателей медицинской помощи, предоставляемые посредством различных организационно-правовых форм социального обеспечения (за исключением в ряде случаев социально-медицинских услуг, предоставляемых в форме социального обслуживания и государственного социального обеспечения отдельных категорий граждан), объединены в рамках базовой и территориальных ПГГ. Разграничение страховых и нестраховых форм сведено фактически только к участникам финансирования бесплатной медицинской помощи, ОМС включает в себя взносы работодателей, другие формы обеспечиваются государственным финансированием.

Но указанные обстоятельства не свидетельствуют о том, что при действующей системе различные организационно-правовые формы социального обеспечения снижают свое значение. Как раз наоборот, каждая из них решает свои задачи, о чем указывалось выше.

Проведенный анализ организационно-правовых форм социального обеспечения, посредством которых предоставляется бесплатная медицинская помощь, свидетельствует, что фактически ОМС, наряду с государственным

финансированием оказания медицинской помощи, выполняет в основном функцию финансового обеспечения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Подобный подход к формированию действующей системы ОМС обусловлен, с нашей точки зрения, самой выбранной нашим государством моделью обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. Российская система здравоохранения в части бесплатной медицинской помощи сохранила сложившиеся в советский период нашей истории ее основные характеристики в виде равного права на ее получение и бесплатности для получателя. Соответственно, указанный подход нашел свое отражение и в действующем законодательстве, в том числе на конституционно-правовом уровне, в виде включения в конструкции соответствующих норм категорий «каждый» и «бесплатно».

В соответствии с ч. 1 ст. 16 ФЗ № 326 застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи на всей территории РФ в объеме, установленном базовой программой ОМС и на территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой ОМС. То есть, указанным правом на бесплатное оказание медицинской помощи обладает каждое застрахованное лицо.

Анализ ПГГ также показал, что каждое лицо, относящееся к определенной категории граждан, имеет в порядке, предусмотренном действующим законодательством, равное и бесплатное право на медицинскую помощь.

Такая законодательная конструкция права на бесплатную медицинскую помощь, закрепляющая, с одной стороны, принципы равной и бесплатной медицинской помощи, а, с другой стороны, определяющая ее границы программой государственных гарантий, утверждаемой на трехлетние периоды Правительством РФ, либо специальным законодательством для отдельных категорий граждан, позволяет выделить среди элементов права на бесплатную медицинскую помощь статические (не изменяющиеся) и динамические (изменение которых возможно) элементы.

К первым (статическим) относятся сами характеристики права на бесплатную медицинскую помощь как права человека – бесплатность и равное (единое) содержание для каждого (каждой категории граждан).

Ко вторым (динамическим) относится сам объем права на медицинскую помощь, изменение которого возможно путем внесения изменений в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, либо специальное законодательство.

Относящиеся ко второй группе элементы, составляющие объем права на бесплатную медицинскую помощь, и изменение которых возможно, определены в разделе I ПГГ, устанавливающим в общем виде ее содержание, либо для отдельных категорий в специальном законодательстве. К ним относятся: перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно; перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно; категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно; финансовые показатели (средние нормативы объема медицинской помощи; средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи; средние подушевые нормативы финансирования; порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты), а также требования к ТПГГ в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

При изменении вышеуказанных динамических элементов статистические элементы остаются без изменения. То есть, например, в случае изменения видов медицинской помощи, включенных в ПГГ, измененные виды медицинской помощи останутся равными (едиными) и бесплатными для получателей. Внося изменения в систему ОМС, как в части объемов, так и в части тех или иных прав и обязанностей участников, принцип равной и бесплатной для застрахованных лиц медицинской помощи останется без изменения. Так, с момента включения соответствующих видов медицинской помощи (в том числе заболеваний и состояний и иных условий, при которых они оказываются бесплатно) в ПГГ, они

становятся динамическими элементами права на бесплатную медицинскую помощь. Однако, поскольку они являются динамическими элементами, то не всегда они присутствовали в ПГГ на очередные года.

В качестве примеров изменения динамических элементов права на бесплатную медицинскую помощь применительно к видам медицинской помощи можно привести такие яркие иллюстрации, как включение в ПГГ специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи и паллиативной помощи. Так, в ПГГ на 2009 год, утвержденной постановлением Правительства РФ от 05.12.2008 N 913³¹⁹ среди видов бесплатно предоставляемой медицинской помощи была предусмотрена ранее отсутствовавшая в ней специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная. В ПГГ на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, утвержденной постановлением правительства РФ от 22.10.2012 N 1074³²⁰ было закреплено предоставление бесплатно паллиативной медицинской помощи.

Таким образом, объем права на бесплатную медицинскую помощь изменяется посредством изменения его динамических элементов, при этом статические элементы остаются без изменения.

Считаем, что соблюдение вышеуказанных положений является необходимым условием при дальнейшем реформировании и совершенствовании действующей системы бесплатного здравоохранения.

Необходимо отметить, что проблемы и пути совершенствования действующей системы бесплатной медицинской помощи постоянно являются предметом дискуссий. В обобщенном виде ведущиеся дискуссии можно подразделить на две большие группы: первая связана с самими механизмами ресурсного обеспечения здравоохранения по различным направлениям, в том числе по объему предоставляемой бесплатно медицинской помощи, а вторая касается недостатков и путей совершенствования самих организационно-

³¹⁹ СЗ РФ. 21.05.2007. N 21, ст. 2509.

³²⁰ СЗ РФ. 29.10.2012. N 44, ст. 6021.

правовых форм предоставления бесплатной медицинской помощи, и в первую очередь системы ОМС.

Первая группа вопросов, по которым идет активная дискуссия, касается вопросов определения объемов бесплатной медицинской помощи и ресурсного обеспечения здравоохранения.

Так, В.О. Флек, П.И. Кузенко считают необходимыми, в том числе, меры по «более эффективному использованию государственных ресурсов»³²¹. В литературе отмечается, что «во всем мире процесс оказания медицинской помощи в значительной степени определяется экономически приемлемыми решениями»³²². В.И. Скворцова, рассматривая основополагающие направления развития отрасли, в числе важнейших направлений называет «повышение доступности качественной медицинской помощи каждому гражданину страны»³²³.

М.В. Пирогов указывает, что важным «является выделение ресурсов на основании потребностей»³²⁴. В литературе также отмечается, что «понимание необходимости рациональной оценки медицинских технологий в развитых странах сформировалось в 70-х годах прошлого века на фоне возрастающего беспокойства о качестве и эффективности здравоохранения»³²⁵. Также указывается на необходимость дальнейшего уточнения объемов медицинской помощи³²⁶.

При анализе вышеизложенных предложений отметим, что в предмет проводимого исследования не входит рассмотрение кадровых и финансовых

³²¹ Флек В.О., Кузенко П.И. Основные проблемы финансового обеспечения медицинской помощи населению в России и пути их решения//Менеджер здравоохранения.2011. № 11. С. 19.

³²² Лошаков Л.А., Хохлов А.Л., Мирошников А.Е. и др. Международный опыт подготовки приемлемых решений в здравоохранении//Менеджер здравоохранения. 2012. № 6. С. 48.

³²³ Скворцова В.И. Российская медицина выходит на новые рубежи// Медицина: целевые проекты. 2013. № 14. С. 10.

³²⁴ Пирогов М.В. Методическое и информационно-экономическое обеспечение клинико-экономического баланса регионального здравоохранения (монография)// Приложение к журналу «ГлавВрач». 2013. № 10. С. 6.

³²⁵ Оценка медицинских технологий. Международный опыт/ под ред. Академика РАМН Стародубова В.И. и Каграманяна И.Н. М., 2012. С. 12.

³²⁶ См. подр.: Стародубов В.И., Флек В.О., Сон И.М. и др. Совершенствование нормативной базы программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи как условие успешного решения проблем здравоохранения// Менеджер здравоохранения. 2010. № 1. С. 10.

проблем действующей системы здравоохранения. Применительно к рассматриваемому вопросу укажем только, что все указанные проблемы обусловлены не столько организационно-правовыми формами, сколько наличием или отсутствием достаточного финансового, кадрового и иного потенциала. В данном же случае затронутая проблема нас интересует в контексте правового регулирования оказания бесплатной медицинской помощи. Анализ вышеприведенных предложений по совершенствованию финансирования здравоохранения, совершенствованию материальной базы, улучшению качества и доступности медицинской помощи, оптимизации ее объемов показывает, что они относятся к динамическим элементам системы оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и могут изменяться посредством внесения изменений в действующее законодательство на основании обоснованных критериев. Несомненно, что все вышеизложенные предложения, направленные на улучшение тех или иных аспектов системы здравоохранения и четкое определение объемов гарантированной бесплатной медицинской помощи, могут быть применены при должном обосновании и выступать в качестве механизмов совершенствования системы бесплатного здравоохранения. Но при этом ключевой момент содержания права на медицинскую помощь – ее объем должен быть достаточным для выполнения своей главной задачи - обеспечения населения доступной и качественной медицинской помощью. Как отмечается в литературе, «пока ни в одной стране не произошло сокращения программ обязательного медицинского страхования»³²⁷.

Применительно к вопросам второй группы (недостатки и пути совершенствования самих организационно-правовых форм социального обеспечения, в рамках которых предоставляется бесплатная медицинская помощь) обратим внимание на то, что в большинстве исследований отмечаются недостатки действующей системы ОМС.

Так, М.В. Пирогов, И.В. Успенская, Е.В. Манухина отмечают, что отечественная система ОМС «существенно отличается от тех организационно-

³²⁷ Флек В.О., Зеленский В.А., Кузенко П.И. и др. Указ. соч. С. 27.

экономических моделей, которые используют страховые принципы оплаты»³²⁸. Также в литературе подчеркивается, что «без решения проблемы социального страхования на основе подлинно присущих ему принципов организовать эффективную социальную и экономическую политику не удастся»³²⁹. В.Д. Роик применительно к ОМС говорит о «незавершенности ее институционального оформления с финансовых и страховых позиций»³³⁰. А.В. Иванов, А.В. Тихомиров также рассматривают данную проблему, указывая, что «в отечественном варианте медицинское страхование изначально лишено страхового (рискового) содержания»³³¹. В литературе обосновываются мнения о «необходимости привлечения средств населения в качестве дополнительного источника финансирования оказания медицинской помощи»³³².

Анализ вышеизложенных позиций показывает, что практически все авторы указывают на недостатки действующей системы страховой медицины, отмечая по сути ее не страховой характер.

Для того, чтобы определить возможность придания действующей системе ОМС страхового характера, необходимо проанализировать имеющийся международный опыт организации систем здравоохранения, имеющиеся предложения о направлениях реформирования отечественной системы ОМС и соотнести их с действующей системой бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Российской Федерации.

Если обратиться к зарубежному опыту, то необходимо отметить, что в научной литературе (Флек В.О., Зеленский В.А., Кузенко П.И. и др.) существующие системы здравоохранения классифицируют по их характеристикам на следующие виды: универсалистская модель

³²⁸ Пирогов М.В., Успенская И.В., Манухина Е.В. Указ. соч. С. 19.

³²⁹ Теория социальной работы: учебник для бакалавров/ под ред. Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой, М.В. Вдовиной. М., 2012. С. 123.

³³⁰ Роик В.Д. Обязательное медицинское страхование: теория и практика: учебное пособие. М., 2013. С. 7.

³³¹ Иванов А.В., Тихомиров А.В. Страхование и медицинская деятельность// Главный врач: хозяйство и право. 2009. № 5. С. 34.

³³² См. подр.: Модернизация здравоохранения: сто ответов на актуальные вопросы/ под ред. Ф.Н. Кадырова. М., 2008. С. 103.

(Великобритания, Ирландия, частично Дания) – национальная система здравоохранения, финансируемая в основном за счет общего налогообложения; континентальная модель (Германия, Австрия, Франция, Нидерланды, Бельгия, Люксембург) – финансирование посредством отчислений из фонда заработной платы и из специальных государственных фондов, которые составляют примерно $\frac{3}{4}$ совокупных расходов на здравоохранение; южная модель (Испания, Португалия, Греция и частично Италия) – финансирование системы здравоохранения в значительной степени за счет взносов из фондов занятости; скандинавская модель (Швеция, Финляндия и Дания) – финансирование здравоохранения за счет подоходного налога, взимаемого как на национальном, так и местном уровне; преимущественно частная модель (США) – финансирование здравоохранения за счет частных и в значительно меньшей степени государственных источников, с оказанием медицинской помощи частными медицинскими учреждениями; модель, используемая в странах с переходной экономикой (страны Восточной Европы, некоторые страны СНГ, Россия) – финансирование, сочетающее элементы государственной и страховой медицины, постепенное внедрение института оказания платных медицинских услуг³³³. М.В. Пирогов, Е.В. Манухина, анализируя в качестве примера конкурентной модели систему здравоохранения Нидерландов, отмечают, что «застрахованные граждане, заинтересованные в неограниченном доступе в медицинские организации, делают более высокий страховой взнос».³³⁴

Таким образом, можно сделать вывод о том, что несмотря на разнообразие способов организации систем здравоохранения, функционирующих в том или ином государстве, в части из указанных моделей при оказании медицинской помощи используются средства граждан либо напрямую, либо посредством налогообложения, либо посредством удержаний из других источников. Ф.Н. Кадыров указывает, что «соучастие населения в финансировании медицинской

³³³ См. подр.: Флек В.О., Зеленский В.А., Кузенко П.И. и др. Указ. соч. С. 18-19.

³³⁴ Пирогов М.В., Манухина Е.В. Подушевой способ финансирования медицинской помощи. Теория и практика (монография)// Приложение к журналу «ГлавВрач». 2012. № 7. С. 17.

помощи является официальной политикой многих стран мира»³³⁵. Ю.С. Сергеева отмечает, что «существенным источником финансирования здравоохранения в Германии являются средства добровольного медицинского страхования и личные платежи граждан»³³⁶.

Анализируя и сопоставляя указанные подходы и предложения с действующей системой обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, необходимо исходить из исторических тенденций, из целей и задач, стоящих перед указанной системой, и из законодательной конструкции, устанавливающей право на бесплатную медицинскую помощь.

Действующая в России система здравоохранения пришла на смену полностью государственной системе здравоохранения СССР, где гражданам предоставлялась бесплатная медицинская помощь, носившая всеобщий характер. Указанные традиции оказали влияние и на формировавшуюся новую систему здравоохранения. Сохранение действовавшей в советский период системы было невозможно, так как со сменой политической и экономической формации и развитием института частной собственности, появлением новых организационно-правовых форм юридических лиц, перестала существовать государственная монополия в здравоохранении, стали появляться частные медицинские организации. Право на медицинскую помощь перестало быть единым по содержанию применительно к критерию возмездности. Наряду с правом на бесплатную медицинскую помощь стало формироваться право на платную медицинскую помощь. Но при этом само право на бесплатную медицинскую помощь, пусть и в видоизмененной форме, было сохранено. Выполнение государством принятых на себя обязательств потребовало привлечения финансовых ресурсов со стороны организаций всех форм собственности, в том числе и частных, что и было осуществлено посредством введения института

³³⁵ Кадыров Ф.Н. Платные услуги в здравоохранении. Том 1/ Под ред. Академика РАМН Стародубова В.И. М., 2013. С. 21.

³³⁶ Сергеева Ю.С. Правовые основы организации обязательного медицинского страхования в ФРГ//Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: современное состояние (сравнительный анализ)/ Под ред. К.Н. Гусова. М., 2011. С. 751.

ОМС. Из всех существующих форм социального обеспечения только данный институт позволяет в достаточной мере привлекать к финансированию медицинской помощи работодателей всех форм собственности. Таким образом, введение института ОМС было обусловлено необходимостью сохранения исторически сложившейся системы обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. При этом сохранялись и другие ранее существовавшие формы социального обеспечения, в рамках которых предоставлялась бесплатная медицинская помощь – социальная помощь и социальное обслуживание. Одновременно для достижения оптимального баланса в финансировании медицинской помощи сохранялось и государственное финансирование бесплатной медицинской помощи за счет средств соответствующих бюджетов. В результате и сложилась существующая бюджетно-страховая модель, задачей которой является поддержание и восстановление здоровья населения. Отказ от нее в настоящее время невозможен по вышеуказанным причинам.

Отдельно необходимо отметить, что в науке права социального обеспечения имеются и другие предложения, в частности М.Ю. Федорова указывает, что «медицинскую помощь неработающие граждане должны получать по системе государственного социального обеспечения, а не социального страхования».³³⁷ Считаем, что такая позиция является обоснованной и соответствует теории социального страхования, однако по вышеизложенным причинам, в силу позиции законодателя к построению системы ОМС, труднореализуема.

Кроме того, сама законодательная конструкция права на бесплатную медицинскую помощь в действующем виде не предусматривает возможности придания системе ОМС страхового характера. Подобные механизмы в обобщенном виде предполагают введение системы софинансирования медицинской помощи со стороны граждан и дифференциацию видов медицинской помощи по группам населения в зависимости от уплаченных взносов.

³³⁷ Федорова М.Ю. Указ. соч. С. 49.

Такие системы противоречат самой законодательной конструкции права на бесплатную медицинскую помощь, а именно ее основным характеристикам в виде бесплатности и права на равный (единый) объем медицинской помощи для соответствующей категории. Соответственно, если ввести в той или иной форме участие населения в финансировании бесплатной медицинской помощи, например, за счет отчислений из заработной платы, то такая медицинская помощь уже не будет носить бесплатного характера для человека, что будет противоречить закреплённому на различных уровнях действующего законодательства принципу бесплатности гарантированной государством медицинской помощи. Как уже указывалось, действующая система ОМС, наряду с государственным финансированием выполняет именно данную функцию, не случайно программы ОМС являются составными частями ПТГ, а в самом законе об ОМС закреплён принцип ее бесплатности для застрахованных лиц. Именно такое построение системы ОМС позволяет сделать медицинскую помощь бесплатной для ее получателя, поскольку, как указывает С.Ф. Вельямкин, «никакая медицинская услуга не бесплатна, даже по полису, потому что кто-то за нее все равно платит – система ОМС, государство или сам гражданин»³³⁸, и именно привлечение к ее финансированию работодателей при формировании страховых фондов за счет соответствующих взносов, не затрагивающих заработную плату, позволяет сохранить принцип бесплатности.

Что касается введения дифференцированных объемов и видов медицинской помощи в зависимости от размера уплаченных взносов, то это также будет противоречить действующему законодательству. Речь о нарушении принципа равного (единого) права на соответствующий объем медицинской помощи. Как уже указывалось, при конструировании законодательных норм, регламентирующих обеспечение населения гарантированной государством бесплатной медицинской помощью, либо прямо использованы категории «каждый», «гражданин», «застрахованные лица», либо системное рассмотрение

³³⁸ Вельямкин С.Ф. В интересах пациентов и врачей//Медицина: целевые проекты. 2011. № 9. С. 53.

совокупности соответствующих нормативно-правовых актов свидетельствует о праве каждого, входящего в соответствующую категорию, для которой установлены особенности правового регулирования на соответствующий объем бесплатной медицинской помощи. Дифференциация по объему медицинской помощи для застрахованных лиц, в зависимости от размера страховых взносов, будет противоречить праву каждого застрахованного лица на гарантированный государством посредством системы ОМС объем медицинской помощи. В.П. Галаганов указывает, что «право на обязательное социальное страхование» трактуется как безусловное право застрахованного лица. Для работников оно возникает автоматически при наступлении трудовых правоотношений между ним как работником и работодателем как страхователем либо постсобытийно. Для иных категорий граждан такое право устанавливается законодательством»³³⁹. По мнению Т.К. Мироновой, «особенностью обязательного медицинского страхования является то, что застрахованными лицами являются не только работающие граждане, но и те, кто не работает»³⁴⁰. Н.В. Антипьева отмечает, что в такой ситуации «имеющиеся у граждан права направлены на то, чтобы предоставление соответствующего вида социального обеспечения осуществлялось наиболее качественно»³⁴¹. Указанные научные подходы соответствуют и закрепленному в п. 18 Рекомендации МОТ № 69 положению о том, что если медицинская помощь предоставляется государственной службой, то она не должна обставляться никакими условиями. Несмотря на то, что отечественная система здравоохранения является бюджетно-страховой по своей сути, как уже указывалось выше, она в части бесплатной медицинской помощи фактически во многом имеет черты государственной системы здравоохранения. Соответственно, и вышеуказанную норму Рекомендации МОТ № 69 можно рассматривать в качестве определенного стандарта и направления регулирования.

³³⁹ Галаганов В.П. Правовое регулирование отношений по обязательному социальному страхованию (проблемы теории и практики): автореф. дисс. ... д-ра юрид. наук. М., 2009. С. 7.

³⁴⁰ Миронова Т.К. Право социального обеспечения: учебное пособие. М., 2013. С. 243.

³⁴¹ Антипьева Н.В. Единство и дифференциация в праве социального обеспечения: монография. М., 2016. С. 79.

Кроме того, в определенной степени на проблему конкурентности между самими медицинскими организациями влияет и законодательная конструкция права на выбор медицинской организации. Из ч. 2 ст. 21 ФЗ № 323 следует, что гражданин для получения первичной медико-санитарной помощи выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу. О какой конкуренции в полном объеме можно говорить, если при таком ограничении медицинская организация может не сильно беспокоиться о том, что пациент уйдет в другую клинику, поскольку у самого пациента такая возможность ограничена. Особенностью права на выбор медицинской организации является то, что оно, с одной стороны, наряду с правом на выбор врача является правом, сопутствующим праву на медицинскую помощь, а, с другой стороны, фактически определяет территориальные границы права на бесплатную медицинскую помощь при оказании первичной медико-санитарной помощи. В связи с этим данное право заслуживает отдельного исследования, которое будет проведено во втором параграфе настоящей главы.

Таким образом, внедрение указанных страховых механизмов в рамках системы ОМС потребует внесения изменений в Конституцию РФ и соответствующие федеральные законы, а также в иные нормативно-правовые акты, и будет свидетельствовать об отказе от действующей модели обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью и либо о полном отказе от признания права граждан на бесплатную медицинскую помощь, либо о существенном изменении его содержания в сторону уменьшения.

Однако отказ от полностью бесплатной для населения системы ОМС не решает вопрос о том, каким образом и посредством каких организационно-правовых форм будет предоставляться гарантированный объем бесплатной медицинской помощи. Остро встанет вопрос о способах организации бесплатной медицинской помощи, и фактически единственной альтернативой будет увеличение государственного финансирования, что неизбежно повлечет за собой поиск дополнительных источников финансирования. Фактически действующая система ОМС и решает задачи по финансированию бесплатного здравоохранения,

являясь в сложившейся ситуации, в первую очередь финансовым, а не страховым инструментом. И по этой причине, как уже указывалось выше, отказ от обязательного медицинского страхования в рамках существующей конструкции права на бесплатную медицинскую помощь невозможен.

Другой вопрос, что действующая система обеспечения населения медицинской помощью нуждается в дальнейшем совершенствовании.

Несомненно, что имеющиеся в научной литературе предложения по ее развитию, в том числе посредством внедрения конкурентных механизмов медицинского страхования, заслуживают внимания. Но, принимая во внимание опыт других стран, необходимо учитывать сложившиеся отечественные традиции здравоохранения. Как указывает Ю.В. Васильева, «механический перенос зарубежных моделей на национальную правовую почву вреден»³⁴². И.В. Шестерякова отмечает, что «важно включение международных норм и стандартов в законодательство России с учетом национальных особенностей, юридических традиций, ментальности»³⁴³.

Невозможность реализации по вышеуказанным причинам в рамках действующей системы ОМС конкурентных механизмов выводит в данном случае на первый план вопрос оптимизации межотраслевых связей права социального обеспечения с гражданским правом. Как уже анализировалось в четвертом параграфе второй главы настоящего исследования, в Конституции РФ и ФЗ № 323 закреплено единое право каждого на медицинскую помощь, которое подразделяется на бесплатные и платные формы. Право на бесплатную медицинскую помощь реализуется посредством организационно-правовых форм социального обеспечения. Право на платную медицинскую помощь реализуется в следующих формах: посредством системы добровольного медицинского страхования и на основании гражданско-правового договора возмездного

³⁴² Васильева Ю.В. О современном состоянии законодательства и науки права социального обеспечения// Современное состояние законодательства и науки трудового права и права социального обеспечения: материалы 6-й Международной научно-практической конференции/ под ред. К.Н. Гусова. М., 2010. С. 20.

³⁴³ Шестерякова И.В. Международные трудовые нормы и трудовое право России: их соотношение и коллизии: автореф. дисс. ... д-ра юрид. наук. М., 2011. С. 36.

оказания медицинских услуг, которые, несмотря на гражданско-правовое регулирование, являются и механизмами, с помощью которых реализуется единое право на медицинскую помощь. Действующая система здравоохранения включает в себя не только бесплатную, но и платную медицинскую помощь. Вышеприведенные примеры организации систем здравоохранения в различных странах также свидетельствуют о тесном сосуществовании бесплатных и платных форм медицинской помощи. Дополнительно можно привести пример организации системы здравоохранения Франции. Так, в литературе указывается, что «обязательная система медицинского страхования во Франции покрывает стационарную помощь, амбулаторную помощь и лекарства, отпускаемые по рецепту, а также минимально амбулаторную офтальмологию и стоматологию. Система добровольного медицинского страхования покрывает ту часть расходов, которая не компенсируется системой общественного медицинского страхования»³⁴⁴. Также подчеркивается, что «помимо сети государственных учреждений «Страховая касса» в различных регионах страны работают самостоятельные негосударственные страховые организации, предоставляющие дополнительные услуги в области медицинского обслуживания»³⁴⁵. То есть добровольное медицинское страхование, с одной стороны, является самостоятельным институтом предоставления медицинской помощи, а с другой стороны, функционирует в тесной взаимосвязи с институтами предоставления бесплатной медицинской помощи. Например, в рассмотренном выше примере ДМС выступает как дополнительный уровень обеспечения граждан медицинской помощью.

В отечественных научных исследованиях по данному вопросу также указывается на подобное назначение системы ДМС. Так, Н.В. Рощепко указывает

³⁴⁴ Солодкий В.А., Перхов В.И., Стебунова Р.В. Обзор реформ в системе здравоохранения Франции за последние двадцать лет// Менеджер здравоохранения. 2012. № 1. С. 39.

³⁴⁵ Алексеев В.А., Борисов К.Н. Задворная О.Л. и др. Система здравоохранения Франции// Здравоохранение. 2010. № 3. С. 83.

на необходимость тесной взаимосвязи «между обязательным и добровольным социальным страхованием»³⁴⁶.

По мнению автора, разделяющего указанную позицию, ДМС необходимо использовать в тесной взаимосвязи с формами предоставления бесплатной медицинской помощи. Однако в данный момент такая взаимосвязь отсутствует. В настоящее время специального закона, регулирующего отношения по ДМС, нет. Закон РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» N 4015-1 от 27 ноября 1992 года³⁴⁷ не закрепляет специфики ДМС. В процессе проведенного исследования автором проведен анализ правил ДМС, действующих в страховых медицинских организациях³⁴⁸, по результатам которого «было установлено следующее:

1. Из содержания правил добровольного медицинского страхования (ввиду отсутствия соответствующих ограничений) можно сделать вывод о возможности оказания в рамках ДМС медицинской помощи, предусмотренной программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в том числе программами обязательного медицинского страхования);

2. Предусмотренный в рамках добровольного медицинского страхования порядок предоставления медицинской помощи свидетельствует о том, что

³⁴⁶ Рощепко Н.В. Единство публичных и частных начал в правовом регулировании социально-страховых отношений: дисс. ... канд. юрид. наук. Ярославль, 2016. С. 171.

³⁴⁷ Ведомости СНД и ВС РФ. 14.01.1993. N 2, ст. 56.

³⁴⁸ Правила добровольного медицинского страхования АО «АльфаСтрахование» [Электронный ресурс] - URL:// https://www.alfastrah.ru/docs/Pravila_DMS_045.pdf (дата обращения: 23.04.2019); Правила добровольного медицинского страхования физических лиц СПАО «Ингосстрах» [Электронный ресурс] - URL:// https://www.ingos.ru/Upload/info/dms/DMS_fis.PDF (дата обращения: 23.04.2019); Правила медицинского страхования граждан СПАО «РЕСО-Гарантия» [Электронный ресурс] - URL:// https://www.reso.ru/export/sites_reso/Retail/Med/dms_rules.pdf (дата обращения: 23.04.2019); Правила добровольного медицинского страхования (специальные правила) ООО «СК «Согласие» [Электронный ресурс] - URL:// <https://www.soglasie.ru/upload/iblock/712/7128c302498c8d2c26c3a5622d953c68.pdf> (дата обращения: 23.04.2019); Правила добровольного медицинского страхования АО «Либерти Страхование» [Электронный ресурс] - URL:// https://www.liberty24.ru/upload/pravila/pravila_dms_517.pdf (дата обращения: 23.04.2019); Правила добровольного медицинского страхования САО «ВСК» [Электронный ресурс] - URL:// https://www.vsk.ru/upload/documents/2/114/doc/Pravila-163_3.pdf (дата обращения: 23.04.2019); Правила добровольного медицинского страхования (КС) ПАО СК «Росгосстрах» [Электронный ресурс] - URL:// https://www.rgs.ru/upload/medialibrary/bd6/pravila_58ks.pdf (дата обращения: 23.04.2019).

основной направленностью добровольного медицинского страхования является возможность выбора медицинского учреждения путем выбора страховой медицинской организации, у которой заключен договор на оказание медицинской помощи с конкретным медицинским учреждением, и получение медицинской помощи в более короткие сроки, чем при обращении за получением бесплатной медицинской помощи;

3. Признаваемые в рамках добровольного медицинского страхования отдельные случаи обращения граждан в медицинские учреждения за получением медицинской помощи в качестве страхового случая не соответствуют критериям последнего, что свидетельствует о выполнении в отдельных ситуациях добровольным медицинским страхованием функций обычного договора возмездного оказания медицинских услуг»³⁴⁹.

Можно сделать вывод о том, что действующая система ДМС функционирует без взаимосвязи с иными формами предоставления медицинской помощи. В.О. Флек, П.И. Кузенко предлагают закрепить в законодательстве «механизма разграничения бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг, предоставляемых государственными и муниципальными медицинскими организациями»³⁵⁰.

Нами уже указывалось, что «добровольное медицинское страхование должно дополнять обязательное медицинское страхование. Государство, закрепляя право на медицинскую помощь, установило его гарантированные объемы, закрепив их в программах государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (базовой и территориальной), составной частью которых являются программы обязательного медицинского страхования (базовая и территориальная соответственно). Предусмотренная в них медицинская помощь уже гарантирована гражданам. Сложности в ее получении свидетельствуют о нарушении указанного права, что порождает необходимость применения

³⁴⁹ См. также: Нечаев С.В. Актуальные проблемы добровольного медицинского страхования// Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. 2014. № 2 (28), апрель-июнь. С. 68-71.

³⁵⁰ Флек В.О., Кузенко П.И. Указ. соч. С. 20.

механизмов защиты и принятие мер со стороны государства, направленных на более эффективную его реализацию (организационных, экономических, правовых и т.д.). Решение вопроса относительно доступности и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно в гарантированном государством объеме посредством института добровольного медицинского страхования, приводит в этом случае к тому, что в должной мере не применяются предусмотренные законодательством механизмы защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. Это, в свою очередь, влечет за собой отсутствие ответственности субъектов ОМС и не порождает с их стороны четкого соблюдения предусмотренных законом прав граждан. В конечном итоге это приводит к отсутствию четко выверенных объемов бесплатной медицинской помощи»³⁵¹. Рассмотрение системы ДМС только с позиций гражданско-правового института страхования, с присущими последнему методами правового регулирования, фактически лишает его взаимосвязи с другими организационно-правовыми формами предоставления медицинской помощи, делает автономным и функционирующим без учета стоящих перед системой здравоохранения задач, что, с нашей точки зрения, является необоснованным. Решение данной задачи, по нашему мнению, лежит в плоскости оптимизации межотраслевых связей права социального обеспечения и гражданского права. Кроме того, сам факт наличия единого права на медицинскую помощь, реализуемого посредством организационных форм социального обеспечения (в части бесплатной медицинской помощи) и институтов гражданского права (в части платной медицинской помощи) также свидетельствует о необходимости поиска оптимальных способов взаимодействия между институтами различных отраслей права. И предлагаемое осуществление ДМС исключительно сверх гарантированных объемов бесплатной медицинской помощи позволит, с одной стороны, повысить важность институтов права социального обеспечения и ответственность органов государственной власти при определении границ

³⁵¹ Нечаев С.В. Актуальные проблемы добровольного медицинского страхования// Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. 2014. № 2 (28), апрель-июнь. С. 70.

предоставляемой бесплатно медицинской помощи и гарантий ее получения гражданами, а с другой, создаст мощный толчок для более широкого применения ДМС. При этом это возможно только в совокупности с четким установлением объемов медицинской помощи, предоставляемой бесплатно. Естественно, что для развития системы ДМС необходимо стимулирование работодателей, индивидуальных предпринимателей, лиц самозанятых категорий к заключению договоров ДМС посредством усиления мер экономического, налогового и иного характера, делающих заключение таких договоров экономически выгодным и целесообразным. Широкое распространение системы ДМС автоматически повлечет за собой заинтересованность как со стороны страховых медицинских организаций, так и со стороны учреждений здравоохранения в привлечении пациентов за счет качественных медицинских услуг, формированию оптимальных по цене и содержанию страховых продуктов и т.д. То есть в этой части будет реализована конкурентная модель медицинского страхования.

В связи с этим предлагается Правила предоставления платных медицинских услуг дополнить п. 4.1 следующего содержания: «Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг исключительно сверх установленных программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Такое ограничение сферы действия ДМС не приведет к ограничению возможности получения любых видов платных медицинских услуг, поскольку вторым способом реализации права на платную медицинскую помощь является оказание платных медицинских услуг на основании договора на оказание платных медицинских услуг. Каких-либо специальных ограничений по предмету (видам и формам медицинской помощи) не установлено. При желании, например, никто не обязывает граждан воспользоваться предоставленными ему гарантиями получения бесплатной медицинской помощи и получить необходимые услуги платно на основании договора.

Таким образом, по мнению диссертанта, право на бесплатную медицинскую помощь в объеме, определяемом и гарантируемом государством, должно быть сохранено. Как отмечает Н.А. Соколова, «реализация прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь невозможна без установления конкретных норм социально-обеспечительного характера, предусматривающих случаи бесплатного лечения нуждающихся в нем граждан»³⁵². Кроме того, это обусловлено сложившимися традициями отечественного здравоохранения и законодательным подходом к его регламентации. При этом необходимо использование всех действующих организационно-правовых форм социального обеспечения. Центральным звеном должна оставаться система ОМС, но с включением в базовую страховую программу только тех видов медицинской помощи, которые обладают признаками страхового риска. Иные виды, не являющиеся таковыми, например, профилактические осмотры и различные виды диспансеризации населения, оставаясь в ПГГ, должны предоставляться в рамках государственного социального обеспечения за счет средств бюджета. Кроме того, посредством данной организационно-правовой формы возможно предоставление и других видов медицинской помощи, обусловленных спецификой их оказания, например, высокотехнологичной медицинской помощи. Бесплатная медицинская помощь, оказываемая в рамках правоотношений по социальной помощи и социальному обслуживанию, выполняя свою социальную задачу, в силу самой специфики указанных форм, позволит установить дополнительные гарантии для отдельных категорий населения. Соответственно, государство сможет эффективно использовать инструментарий всех форм социального обеспечения путем предоставления с их помощью тех или иных видов бесплатной медицинской помощи. Также должны быть установлены четкие границы объемов медицинской помощи, предоставляемой в рамках ПГГ. Основным ориентиром является обеспечение населения теми видами и объемами медицинской помощи, которые

³⁵² Соколова Н.А. Реализация права на бесплатную медицинскую помощь в современных условиях// Правовые вопросы в здравоохранении. 2014. № 2. С. 58.

будут достаточными и эффективными в решении главной задачи – сохранении и (или) восстановлении здоровья.

Определение четких объемов бесплатной медицинской помощи позволит, с одной стороны, разграничить их с медицинской помощью, предоставляемой в рамках системы ДМС, а с другой стороны, определить сами виды медицинской помощи, которые можно включать в программы последней. И уже сами страховые механизмы в виде дифференциации медицинской помощи в зависимости от размера страховых взносов, конкуренция страховых медицинских организаций и медицинских учреждений и др. должны развиваться и совершенствоваться в рамках системы ДМС. При этом указанные системы должны существовать не самостоятельно, а как единый механизм реализации права на медицинскую помощь. Соответственно, развитие здравоохранения по предложенной модели, которую можно охарактеризовать как бюджетно-страховую, приведет, с одной стороны, к сохранению гарантированного государством права на бесплатную медицинскую помощь в рамках государственного финансирования и системы ОМС, а с другой стороны, позволит посредством ДМС развивать страховую модель оказания медицинской помощи. При этом платные медицинские услуги на основании возмездного договора на оказание медицинских услуг будут предоставлять дополнительную свободу при реализации права на медицинскую помощь. Кроме того, возможность сосуществования различных форм оплаты медицинской помощи предусмотрена и в п. 4 Рекомендации МОТ № 69, согласно которому расходы на последнюю могут покрываться коллективно путем внесения установленных периодических взносов, которые могут иметь форму членских взносов на социальное страхование или форму налогов, или представлять собой сочетание этих двух способов.

Особую значимость при такой системе приобретают способы защиты права граждан на бесплатную медицинскую помощь в случае его нарушения. Изучение всех способов защиты прав граждан на медицинскую помощь не входит в предмет настоящего исследования, поскольку таковые являются самостоятельными правовыми институтами соответствующих отраслей права и заслуживают

отдельного исследования. В данном случае указанный вопрос будет рассмотрен через призму обеспечения доступности бесплатной медицинской помощи, с чем нередко возникают проблемы на практике. Несмотря на то, что гражданин имеет право на определенный объем бесплатной медицинской помощи, медицинские учреждения могут отказать в ее предоставлении по причинам большой очередности, нехватки специалистов, отсутствии необходимого оборудования. Д.В. Пивень отмечает, что «часто ведь пациенту никто категорично в медицинской помощи вроде бы и не отказывает, но в тоже время ее (помощь) никто и не оказывает»³⁵³.

С нашей точки зрения это обусловлено отсутствием специальных механизмов, направленных на защиту нарушенного права. В литературе подчеркивается, что «специальные средства защиты (применяемые исключительно в правоотношениях по оказанию медицинских услуг) в законодательстве отсутствуют»³⁵⁴.

В настоящий момент в ФЗ № 326 закреплены следующие права застрахованных лиц:

1. В подп. 8 ч. 1 ст. 16 – право на возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи. В целях реализации указанного права в письме Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 12.04.2012 N 2490/30-3/и³⁵⁵ содержатся Методические рекомендации в разделе 6 которых, среди способов защиты прав застрахованных лиц предусматриваются внесудебный и судебный способы защиты.

2. В подп. 9 ч. 1 ст. 16 - возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею

³⁵³ Пивень Д.В. О проблеме не оказания медицинской помощи в медицинских организациях Российской Федерации// Менеджер здравоохранения. 2011. № 9. С. 6-7.

³⁵⁴ Гибадуллина Л.Т. Гражданско-правовая охрана прав потребителей медицинских услуг: автореф. дисс. ... канд. юрид. наук. Казань, 2015. С. 26.

³⁵⁵ Документ опубликован не был [Электронный ресурс] – Доступ из справ. – правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи. В п. 3 ст. 98 ФЗ № 323 также указывается на возмещение медицинской организацией вреда в порядке, установленном законодательством РФ.

Анализ вышеуказанных норм показывает, что на законодательном уровне осуществляется защита прав застрахованных лиц посредством норм гражданско-правового института обязательств, возникающих вследствие причинения вреда. То есть, имеет место возмещение уже причиненного вреда. Вред уже причинен, и тогда застрахованное лицо получает право на его возмещение. При этом застрахованные лица должны использовать механизм судебной защиты нарушенных прав, либо надеяться, что спор будет урегулирован в досудебном порядке, путем добровольного удовлетворения соответствующей претензии субъектом ответственности. Однако проведенный анализ судебной практики показал, что даже в случае нарушения своих прав при обращении или получении бесплатной медицинской помощи граждане, либо органы прокуратуры нередко вынуждены использовать судебный механизм защиты и восстановления нарушенных прав³⁵⁶.

Отдельно отметим, что в подп. 10. ч. 1 ст. 16 ФЗ № 326 предусмотрено право застрахованных лиц на защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

³⁵⁶ См., например: Апелляционное определение Ульяновского областного суда от 7 июля 2015 г. по делу № 33-2813/2015 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный; Апелляционное определение Верховного суда Республики Башкортостан от 6 октября 2015 г. по делу № 33-16306/2015 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный; Апелляционное определение Санкт-Петербургского городского суда от 10 ноября 2015 г. № 33-20124/2015 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный; Апелляционное определение Московского городского суда от 10 июля 2017 г. по делу № 33-26460/2017 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный; Апелляционное определение Свердловского областного суда от 12 июля 2017 г. по делу № 33-10908/2017 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный; Апелляционное определение Верховного суда Республики Башкортостан от 16 ноября 2017 г. по делу № 33-24022/2017 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный; Апелляционное определение Московского городского суда от 08 августа 2018 г. по делу № 33-34369/2018 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный; Апелляционное определение Курганского областного суда от 22 января 2019 г. по делу № 33-147/2019 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

Однако механизм защиты права на бесплатную медицинскую помощь в части ее доступности и своевременности отсутствует. Относительно своевременности медицинской помощи в литературе указывается, что «это оказание помощи тогда, когда в этом возникла необходимость, без промедления в начале лечения, с уменьшением времени ожидания: приема врача, приезда «скорой помощи»³⁵⁷.

Е.Е. Павлова, анализируя поступающие в Росздравнадзор обращения граждан, отмечает, что «большинство обращений было связано с неудовлетворенностью пациентов организацией, доступностью и качеством первичной медико-санитарной помощи (48%) и специализированной медицинской помощи (37%)»³⁵⁸.

Х.Л. Михайлова применительно к системе рассмотрения жалоб и разрешения споров с участием пациентов указывает на важность наличия альтернативных способов рассмотрения споров³⁵⁹.

Не решили в полной мере имеющуюся проблему и новые Правила обязательного медицинского страхования (далее по тексту – Правила), утвержденные приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»³⁶⁰. Несмотря на то, что полномочия страховых медицинских организаций были существенно расширены, в первую очередь они касаются механизмов контроля за оказанием медицинской помощи.

Так, п. 251 Правил устанавливает обязанность страховой медицинской организации по обеспечению контроля за соблюдением прав застрахованных лиц, в том числе за своевременностью проведения диагностических исследований и лечебных мероприятий. Согласно п. 276 Правил, страховая медицинская

³⁵⁷ Тельнова Е.А. Качество оказания медицинской помощи как основная задача системы здравоохранения// Вестник Росздравнадзора. 2010. № 5. С. 4.

³⁵⁸ Павлова Е.Е. О работе Росздравнадзора по рассмотрению обращений граждан по вопросам организации и качества медицинской помощи// Вестник Росздравнадзора. 2010. № 5. С. 30.

³⁵⁹ См. подр.: Михайлова Х.Л. Международные и национальные стандарты при урегулировании споров в сфере предоставления медицинских услуг: дисс. ... канд. юрид. наук. М., 2009. С. 4.

³⁶⁰ Российская газета – Федеральный выпуск. № 108 (7866). 22.05.2019.

организация осуществляет досудебную защиту прав застрахованного лица. Исходя из содержания указанного пункта, досудебная защита выражается в проведении при поступлении жалобы на некачественное оказание медицинской помощи или взимание платы за медицинскую помощь, медико-экономической экспертизы и (или) экспертизы качества медицинской помощи. Сама жалоба рассматривается в сроки, установленные Федеральным законом от 2 мая 2006 г. N 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»³⁶¹. Несомненно, что указанные новшества носят позитивный характер в плане регламентирования механизмов контроля со стороны страховых медицинских организаций, но не создают дополнительных механизмов защиты прав пациента. Но по-другому и не могло быть в принципе, поскольку страховые медицинские организации не являются учредителями медицинских организаций, что сужает круг вопросов, по которым возможно предоставление дополнительных полномочий. Кроме того, контроль в рамках ОМС не только не препятствует, но и должен быть дополнен специальным механизмом защиты.

В отечественной научной литературе делаются предложения о необходимости дополнительных механизмов защиты нарушенных социально-обеспечительных прав³⁶².

В аспекте механизма защиты прав граждан при получении бесплатной медицинской помощи интересен опыт здравоохранения в Испании, где «вплоть до середины 90-х гг. XX века действовала схожая с российской система финансирования здравоохранения из бюджетных источников»³⁶³.

Так, в литературе отмечается, что «были созданы специальные комиссии, занимающиеся определением максимально допустимого срока ожидания операций. В случае его превышения пациент переводился в другой лечебный

³⁶¹ СЗ РФ. 08.05.2006. N 19, Ст. 2060.

³⁶² См. например: Кобзева С.И. Общая характеристика законодательства о социальном обеспечении//Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: Современное состояние (сравнительный анализ): материалы VII Международной научно-практической конференции/ Под ред. К.Н. Гусова. М., 2011. С. 707.

³⁶³ Флек В.О., Зеленский В.А., Кузенко П.И. и др. Указ. соч. С. 21.

центр, в том числе частного сектора (при покрытии услуг системой социального страхования)»³⁶⁴.

Представляется необходимым возложение на подобной обязанности на уполномоченные органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения, что позволит оперативно решать проблемы своевременности и доступности медицинской помощи.

В связи с этим предлагаем ч. 5 ст. 80 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дополнить п. 7 следующего содержания: «требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части возложения на уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения в случае установления при обращении граждан нарушений по вопросам доступности медицинской помощи, предоставляемой бесплатно, обязанности по организации своевременного получения необходимой пациенту медицинской помощи (при необходимости в другом медицинском учреждении)».

Естественно, что введение подобного механизма защиты прав пациента потребует разработки и принятия мер в сфере организации здравоохранения, в части определения специалистами в области медицины регламента рассмотрения обращений граждан в целях своевременности оказания медицинской помощи.

Таким образом, на основании вышеизложенного, можно сделать следующие выводы:

1. Анализ действующей системы оказания гражданам бесплатной медицинской помощи показал, что она реализуется в организационно-правовых формах социального обеспечения.

2. Законодательная конструкция права на бесплатную медицинскую помощь в действующем виде не предусматривает возможности введения в существующую систему обязательного медицинского страхования рыночных механизмов, присущих отдельным видам страхования или системам страхования,

³⁶⁴ Там же.

функционирующим в других государствах. В настоящее время сложилась система бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, при которой разные по своей правовой природе организационно-правовые формы социального обеспечения объединены посредством использования финансовых механизмов в единую систему, в которой сами источники финансирования не имеют значения ни для гражданина, получающего медицинскую помощь, ни для медицинской организации, ее оказывающей.

3. Анализ действующей системы обязательного медицинского страхования ставит под сомнение дифференциацию страховых и нестраховых начал, свидетельствует о декларативности страховых принципов и фактическом сохранении сложившейся в советский период системы бесплатной медицинской помощи, что обусловлено сложившимися традициями отечественного здравоохранения и законодательным подходом к его регламентации.

4. Среди элементов права на бесплатную медицинскую помощь выделены статические (не изменяющиеся) и динамические (изменение которых возможно) элементы.

К первым (статическим) относятся сами характеристики права на бесплатную медицинскую помощь как права человека –бесплатность и равное (единое) содержание для каждого (каждой категории граждан).

Ко вторым (динамическим) относится сам объем права на медицинскую помощь, изменение которого возможно путем внесения изменений в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, либо в специальное законодательство.

5. Обоснована необходимость развития здравоохранения по бюджетно-страховой модели, что приведет, с одной стороны, к сохранению гарантированного государством права на бесплатную медицинскую помощь в рамках государственного финансирования и системы ОМС, а с другой стороны, позволит посредством ДМС развивать страховую модель оказания медицинской помощи. При этом системы ОМС и ДМС должны существовать не

самостоятельно, а как единый механизм реализации права на медицинскую помощь.

6. Обосновано предложение о необходимости разграничения сферы действия ОМС и ДМС, ограничив сферу действия последнего организацией получения гражданами дополнительных медицинских и иных услуг исключительно сверх установленных программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7. Механизм защиты прав граждан при оказании бесплатной медицинской помощи не предусматривает способов защиты непосредственно в ходе их реализации. Сделано предложение о возложении на уполномоченные органы в случае установления при обращении граждан нарушений по вопросам доступности медицинской помощи, предоставляемой бесплатно, обязанности по организации своевременного получения необходимой пациенту медицинской помощи (при необходимости в другом медицинском учреждении).

§2. Право на выбор врача и право на выбор медицинской организации

Установленные в ст. 21 ФЗ № 323 право на выбор врача и право на выбор медицинской организации являются одними из проблемных вопросов, касающихся прав граждан при обращении за медицинской помощью. Они имеют важнейшее значение для граждан, поскольку подразумевают возможность выбора наиболее оптимальных, с точки зрения пациента, условий получения медицинской помощи.

Однако в настоящее время сложилась ситуация, когда с одной стороны, граждане желают воспользоваться данными правами, а с другой стороны, отсутствует единый подход со стороны медицинских организаций к их реализации. В связи с этим в настоящем параграфе будут рассмотрены вопросы правовой регламентации права на выбор врача и права на выбор медицинской организации в целях выявления проблем в их осуществлении и поиска путей решения.

Для выполнения поставленных задач будут рассмотрены вопросы регламентации указанных прав в ранее действовавшем и современном законодательстве, а также в международно-правовых актах.

Одной из основных проблем в понимании и реализации указанных прав является отсутствие единого подхода к их содержанию. Границы реализации указанных прав четко не определены, что дает возможность к различной трактовке со стороны участников правоотношений.

По мнению диссертанта «имеют место два самостоятельных права – право на выбор врача и право на выбор медицинской организации. В то же время указанные права тесно взаимосвязаны между собой. Так, субъектами, которые наделены соответствующими правомочиями по выбору, являются пациенты, а обязанными субъектами являются медицинские организации. Действующее законодательство не разграничивает указанные права, а наоборот конструирует нормы закона таким образом, что фактически реализация одного права тесно связана с реализацией другого, и нередко одно право невозможно без другого. Непосредственно сами условия реализации указанных прав дифференцируются в законе в зависимости от вида медицинской помощи. Основной же проблемой, которая возникает и перед законодателем, и перед участниками правоотношений, является объем прав и обязанностей сторон»³⁶⁵.

Ранее нами указывалось, что «исторически в отечественном законодательстве право на выбор врача и медицинского учреждения впервые было закреплено в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1, которые в разд. 6 предусматривали права граждан при оказании медико-социальной помощи, закрепляя в ст. 30 среди прав пациента при обращении за медицинской помощью и ее получении право на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами

³⁶⁵ Нечаев С.В. Право на выбор врача и медицинской организации// Социальное и пенсионное право. 2012. № 3. С. 20.

обязательного и добровольного медицинского страхования. В то же время для реализации указанных прав одного волеизъявления пациента было недостаточно, было необходимо соблюдение ряда условий. Так, право на выбор врача включало в себя возможность выбора, в том числе врача общей практики и лечащего врача, но для этого необходимо было учитывать наличие согласия самого врача. Помимо этого врач тесно связан с лечебно-профилактическим учреждением и выбрать только его было проблематично. При этом право на выбор лечебно-профилактического учреждения возможно было реализовать только в рамках условий договоров обязательного и добровольного медицинского страхования. Специальной статьи, раскрывающей указанное право пациента, закон не предусматривал. На практике указанная норма была трудно реализуема. Так, при выборе врача процедуры получения его согласия не предусматривалось. Таким образом, фактически без согласия самого врача реализовать это правомочие было невозможно. Выбор лечебно-профилактического учреждения был ограничен условиями договоров страхования (обязательного и добровольного). Однако при заключении вышеуказанных договоров страхования гражданин непосредственно влиять на их содержание в части определения лечебно-профилактического учреждения не мог»³⁶⁶. Так же автор подчеркивал, что «об этом свидетельствует и сама система медицинского страхования. Так, если обратиться к Закону РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» от 28 июня 1991 года № 1499-1, то можно увидеть, что его ст. 6 к правам граждан в системе медицинского страхования относит право на выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования. Однако ст. 15 указанного закона относил к правам страховой медицинской организации право свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования, а к обязанностям - заключение договоров с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию и заключать договоры на оказание

³⁶⁶ Там же. С. 20-21.

медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими и иными учреждениями»³⁶⁷.

Как отмечают М.В. Лушникова, А.М. Лушников: «Стороны обязаны вступать в договорные отношения в предусмотренных законом случаях и не вправе по своему усмотрению изменить условия договора, вытекающего из законодательства и территориальной программы обязательного медицинского страхования»³⁶⁸.

Кроме того, «ст. 4 данного закона, предусматривавшая обязательные условия договора медицинского страхования, не перечисляла в числе последних возможность выбора врача и медицинского учреждения, а ст. 23 к числу условий, которые в обязательном порядке должен содержать договор на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию, не относил указание на конкретного врача и возможность его выбора.

Анализ вышеуказанных норм позволяет сделать вывод о том, что несмотря на закрепление в законе, указанное право было труднореализуемо, отсутствовал механизм их реализации, в частности не были установлены обязанности со стороны ответственных субъектов, а права гражданина на выбор врача и медицинской организации фактически подменялись действиями страховой организации, которая заключала договор с медицинским учреждением.

Такую же позицию заняла и судебная практика. Так, в определении Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 15 января 2004 г. N КАС03-638 указывается на то, что п. 2 ч.1 ст. 30 Основ связывает выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования, то есть с теми учреждениями, к которым граждане прикреплены для медицинского обслуживания в рамках

³⁶⁷ Там же. С. 21.

³⁶⁸ Лушникова М.В., Лушников А.М. Курс права социального обеспечения. С. 541.

медицинского страхования³⁶⁹. Вопрос об ограничении выбора врача и медицинского учреждения договором страхования нашел свое отражение и в Определении СК по гражданским делам Верховного Суда РФ от 26 марта 2001 г. N 44-Г01-9³⁷⁰, в котором указывалось, на то, что выбор медицинского учреждения и врача возможен в пределах договоров обязательного и добровольного медицинского страхования»³⁷¹. В целях исключения таких проблем необходимо установить правовую природу указанных прав. С нашей точки зрения, право на выбор врача и право на выбор медицинской организации являются сопутствующими праву на медицинскую помощь позитивными правами пациента, для реализации которых «необходимо их признание со стороны государства. Таким образом, государство само имеет право определять объем признания и закрепления указанных прав, с которым тесно связан механизм реализации. Представляется, что такой подход к пониманию рассматриваемых прав позволяет точно определить их правовую природу»³⁷².

В настоящее время в ст. 10 ФЗ № 323 возможность выбора медицинской организации и врача закреплена «в качестве одного из способов обеспечения доступности и качества медицинской помощи. В соответствии со ст. 18 указанного закона оказание доступной и качественной медицинской помощи входит в число способов, обеспечивающих право на охрану здоровья. Подпункт 1 п. 5 ст. 19 указанного Федерального закона среди прав пациента в первую очередь предусматривает право на выбор врача и медицинской организации. При этом сама ст. 19 регламентирует право на медицинскую помощь»³⁷³.

Таким образом, как с точки зрения законодателя, так и по своей сути, право на выбор врача и право на выбор медицинской организации являются сопутствующими праву на медицинскую помощь правами пациента, поскольку

³⁶⁹ Определение Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 15 января 2004 г. N КАС03-638// Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 2004. № 9.

³⁷⁰ Определение СК по гражданским делам Верховного Суда РФ от 26 марта 2001 г. N 44-Г01-9 [Электронный ресурс] – Доступ из справ. – правовой системы «Гарант». Режим доступа – локальный.

³⁷¹ Нечаев С.В. Право на выбор врача и медицинской организации. С. 21.

³⁷² Там же. С. 20.

³⁷³ Там же. С. 21.

они регламентируют процедурные вопросы, предшествующие получению медицинской помощи.

Праву на выбор врача и праву на выбор медицинской организации посвящена ст. 21 ФЗ № 323. Ч. 1 указанной статьи устанавливает, что при оказании гражданину медицинской помощи в рамках ПГГ он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача.

С нашей точки зрения «закрепление согласия врача в качестве условия реализации права пациента на выбор врача не является обоснованным. Право на выбор врача реализуется в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Непосредственно между собой врач и пациент каких-либо договоров не заключают. Договоры заключаются от имени медицинской организации ее руководителем. Врач действует в рамках трудовых правоотношений с работодателем. Соответственно какие-либо правовые основания для получения согласия врача отсутствуют»³⁷⁴. Н.А. Лукьянова отмечает, что «согласно действующему российскому законодательству врач не является субъектом права и по смыслу Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» субъектом права по-прежнему является медицинская организация»³⁷⁵.

В связи с этим считаем необходимым исключить из конструкции указанного права указание на необходимость получения согласия врача на выбор пациента. Первое предложение ч. 1 ст. 21 ФЗ № 323 предлагаем изложить в следующей редакции: «При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации и выбор врача, в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

³⁷⁴ Там же. С. 22.

³⁷⁵ Лукьянова Н.А. Проблемные аспекты толкования и применения Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»// ГлавВрач. 2012. № 8. С. 55.

Подобный подход будет соответствовать и международно-правовым стандартам. В соответствии с п. 47 Рекомендации МОТ № 69 обслуживаемое лицо должно иметь право выбирать среди врачей-терапевтов, находящихся в распоряжении данного учреждения и в пределах разумного расстояния от своего местожительства, врача, под наблюдением которого оно желает постоянно находиться (домашнего врача); оно должно иметь такое же право выбирать врача для своих детей. Эти принципы должны в равной мере применяться к выбору домашнего зубного врача.

При этом данное право в отечественном законодательстве не является и не станет абсолютным. Количественные ограничения и нормативы, которые будут рассмотрены при анализе права на выбор медицинской организации, останутся прежними. Нормирование труда останется в любом случае. Руководитель медицинской организации сможет оптимально распределять нагрузку среди врачей. Одновременно будет исключена возможность произвольного отказа врача от пациента. Естественно, особенности выбора врача в зависимости от вида медицинской помощи должны быть четко определены на уровне приказа Минздрава РФ.

Ранее автором отмечалось, что «применительно к видам медицинской помощи рассматриваемое право меняет свое содержание в части прав и обязанностей сторон в зависимости от конкретного вида медицинской помощи. Так, ч. 2 ст. 21 Федерального закона устанавливает, что для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин имеет право выбирать медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). В избранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации. В данном случае буквальное

толкование указанных норм закона позволяет сделать вывод о том, что при первичной медико-санитарной помощи гражданин может выбрать любую медицинскую организацию, а не только ту, которая соответствует территориально-участковому принципу. В тоже время ч. 2 ст. 33 рассматриваемого Федерального закона предусматривает, что организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом рассмотренных выше положений ст. 21 Закона»³⁷⁶.

Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 N 406н³⁷⁷, который, согласно п. 1 регулирует отношения, связанные с выбором гражданином медицинской организации, в рамках вышеуказанной программы государственных гарантий, в пределах территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин.

Но, в случае выбора гражданином для оказания ему первичной медико-санитарной помощи медицинского учреждения не по территориально-участковому принципу, то он столкнется с трудностями в получении медицинской помощи на дому и с преемственностью в оказании медицинской помощи.

Так, в настоящее время действует Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденное

³⁷⁶ Нечаев С. .В. Право на выбор врача и медицинской организации. С. 21.

³⁷⁷ Российская газета. N 121. 30.05.2012.

приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н³⁷⁸, в соответствии с п. 12 которого первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу. Кроме того, п. 18 указанного Положения определяет рекомендуемую численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала, которая, например, на терапевтическом участке составляет 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, - 1300 человек взрослого населения). Кроме того, п. 15 данного Положения определяет, что в целях обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан, установленной пунктом 18 Положения.

Из изложенного следует, что содержание рассматриваемого права имеет не только территориальные, но и количественные ограничения.

Автором ранее указывалось, что «следующим видом медицинской помощи является первичная специализированная медико-санитарная помощь, где также предусмотрено право на выбор врача и медицинской организации. Оно осуществляется в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им по правилам, предусмотренным для выбора медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи. В данном случае это право осуществляется с учетом порядков оказания медицинской помощи, утвержденных приказами Минздравсоцразвития РФ и территориальными органами управления здравоохранением.

³⁷⁸ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. N 52. 24.12.2012.

При получении следующего вида медицинской помощи - специализированной медицинской помощи в плановой форме - выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. Этот выбор ограничен рамками территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации в случае, если необходимую медицинскую помощь оказывают несколько медицинских организаций.

Таким образом, основными проблемами в реализации права пациента на выбор врача и права на выбор медицинской организации являются сложности организационного и территориального характера, непосредственно вытекающие из объема прав и обязанностей сторон. В связи с этим необходимо отметить, что государство само определяет объем признания указанного права. Очевидно, что и решать сложившиеся проблемы необходимо путем использования государством возможности корректировать объем и механизм реализации рассматриваемого права.

Представляется, что определенными ориентирами в данном случае должны стать международно-правовые нормы, регламентирующие данные вопросы. Непосредственно эти вопросы затронуты в актах МОТ. Так, еще рекомендация МОТ от 15 июня 1927 г. № 29 «Об общих принципах страхования по болезни»³⁷⁹ в п. 11 закрепляет, что в городских центрах и в рамках определенных географических пределов застрахованное лицо должно иметь право выбирать врача из числа врачей, имеющих в распоряжении страхового учреждения, если это не влечет за собой значительного увеличения расходов для страхового учреждения. В данной рекомендации фактически закрепляется право на выбор врача, но с определенными ограничениями, связанными с географическими пределами и только из числа врачей, имеющих в распоряжении страхового учреждения. Указанная рекомендация оперирует термином «географические

³⁷⁹ Конвенции и рекомендации, принятые Международной Конференцией труда. 1919-1956. Т. 1. Женева. Международное бюро труда, 1991. С. 157-161.

пределы», являющимся территориальным ограничением права выбора врача определенной территорией. Рекомендация МОТ № 69 в п. 47 закрепляет, что обслуживаемое лицо должно иметь право выбирать среди врачей-терапевтов, находящихся в распоряжении данного учреждения и в пределах разумного расстояния от своего местожительства, врача, под наблюдением которого оно желает постоянно находиться (домашнего врача); причем оно должно иметь такое же право выбирать врача для своих детей, а в п. 48 – о том, что если обслуживание предоставляется центрами здравоохранения, то обслуживаемое лицо должно иметь право выбирать центр, расположенный на разумном расстоянии от своего местожительства, и выбирать как для самого себя, так и для своих детей врача и зубного врача среди врачей-терапевтов и зубных врачей, работающих в данном центре. В данной рекомендации в качестве ограничения права на выбор врача и медицинского учреждения в рамках определенной территории используется критерий «разумного расстояния». Кроме того, выбор врача ограничен врачами конкретного учреждения»³⁸⁰. Особенно остро проблема выбора медицинской организации стоит перед той частью населения нашей страны, которая проживает в новых городских районах, которые зачастую в соответствии с административно-территориальным устройством находятся фактически в городской черте, а юридически относятся к другому административному образованию. В результате складывается ситуация, когда жители одного дома относятся к ближайшей медицинской организации, а жители соседнего дома вынуждены обращаться за медицинской помощью в соседний населенный пункт (к которому они относятся не территориально, а юридически). Использование критерия территориальности, закрепленного в рассмотренной Рекомендации МОТ, позволит решить указанную проблему и улучшить доступность медицинской помощи. При этом в данном случае необходимо разграничивать предлагаемую к введению категорию «территориальности» при выборе медицинской организации и территориально-участковый принцип организации оказания медицинской помощи. Фактически в ч. 1 ст. 21 ФЗ № 323

³⁸⁰ Нечаев С. .В. Право на выбор врача и медицинской организации. С. 23.

законодателем при определении территориальных границ выбора (географический показатель) вместо установленных международно-правовыми стандартами критериев (удаленности, разумного расстояния) использован один из принципов организации оказания медицинской помощи. Представляется, что ссылка на территориально-участковый принцип в рассматриваемой статье закона не обоснована. Для решения вышерассмотренных проблем необходимо использовать территориальные критерии, которые должны определяться уполномоченными в сфере здравоохранения на территориальном уровне органами, с учетом особенностей развития населенных пунктов, изменения административно-территориальных границ, обеспеченность соответствующих территорий медицинскими учреждениями. Естественно, что подобные критерии должны быть разработаны и закреплены на уровне приказа Минздрава России. При этом введение принципа территориальности при выборе медицинской организации не отменяет территориально-участкового принципа организации оказания первичной медико-санитарной помощи. Просто границы обслуживания (прикрепления) соответствующего медицинского учреждения и распределение участков внутри установленных территориальных пределов будут формироваться с учетом реальных потребностей населения. А уже в рамках сформированных границ медицинская помощь, как и сейчас, будет оказываться по территориально-участковому принципу. Соответственно, предлагается первое предложение ч. 2 ст. 21 ФЗ № 323 изложить в следующей редакции: «Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию по территориальному принципу в порядке, утвержденном уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина)».

Представляется, что указанные МОТ критерии могут быть использованы в отечественном законодательстве. Границы их признания должны быть не менее закрепленных в вышерассмотренных международных нормах. «Несмотря на то, что они носят рекомендательный характер, они устанавливают минимальные

требования по реализации рассматриваемого права»³⁸¹. М.В. Лушникова указывает, что «международные нормы МОТ оцениваются как минимальные стандарты трудовых и социально-обеспечительных прав»³⁸².

При этом Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова отмечают, что «положительное влияние выбора на доступность медицинских услуг для большинства населения проявляется только при общем высоком уровне работы врачей и медицинских учреждений и их адекватном территориальном распределении»³⁸³.

Подводя итоги проведенному исследованию, можно сделать следующие выводы:

1. Право на выбор врача и право на выбор медицинской организации являются сопутствующими праву на медицинскую помощь позитивными правами пациента, для реализации которых необходимо, чтобы они были признаны со стороны государства.

2. Объем закрепления указанных прав в национальном законодательстве определяется государством.

3. Международные стандарты устанавливают два ограничения: права выбора врача, связанное с кругом врачей, из которых можно выбирать, и права на выбор медицинской организации, связанное с территорией выбора.

4. Закрепление согласия врача в качестве условия реализации права пациента на выбор врача не является обоснованным, считаем необходимым исключить из конструкции указанного права указание на необходимость получения согласия врача на выбор пациента.

5. На основании международно-правовых стандартов, в целях улучшения доступности медицинской помощи сделано предложение о совершенствовании действующего законодательства путем установления территориальных границ

³⁸¹ Там же. С. 23.

³⁸² Лушникова М.В. Теория и футурология международного трудового права и международного права социального обеспечения: актуальные проблемы// Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: современное состояние (сравнительный анализ)/ Под ред. К.Н. Гусова. М., 2011. С. 13.

³⁸³ Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Современное здравоохранение: политика, экономика, управление. М., 2013. С. 42-43.

для выбора врача и медицинской организации при получении первичной медико-санитарной помощи.

Заключение

Проведенное исследование позволило сформулировать ряд выводов:

1. В Древнерусском государстве медицинская помощь существовала в трех формах: народная, светская, монастырская. В основном она носила благотворительный характер (за исключением частной платной медицины).

2. В XIX веке сложилось 2 системы оказания медицинской помощи. Это приказная медицина, которая постепенно трансформировалась в земскую медицину и стала прообразом бесплатной медицинской помощи, и фабричная медицина, которая стала прообразом системы медицинского страхования. При этом фабричная медицина изначально развивалась на нестраховых началах, но постепенно произошло развитие в сторону социального страхования.

3. Развитие медицинской помощи осуществлялось в рамках развития системы социального обеспечения в целом. С развитием социальных обязательств государства развивалась и медицинская помощь. С распространением благотворительности в обществе появилась и благотворительная медицинская помощь. В дальнейшем, в рамках системы общественного призрения медицинская помощь занимала важное место, что продолжилось и с появлением земств.

4. К 1917 году сочетание страховых и нестраховых форм, а также региональная дифференциация стали выступать в качестве основных тенденций и направлений развития медицинской помощи.

5. В советский период с централизацией управления здравоохранения была реализована модель государственной системы здравоохранения с всеобщим бесплатным правом на медицинскую помощь. Основными направлениями развития системы медицинской помощи являлось предупреждение болезней, охрана и укрепление здоровья каждого человека и всего общества в целом посредством применения диспансеризации, являвшейся основным методом работы всех лечебно-профилактических учреждений. Территориально-участковый принцип организации медицинской помощи в совокупности с ведомственным здравоохранением, позволял комплексно организовывать

лечебное и профилактическое обслуживание на основе принципов непрерывности и этапности медицинской помощи.

6. В постсоветский период произошел переход к модели страховой медицины, которая перманентно находится в стадии модернизации, т.к. в полной мере не отвечает страховым принципам. Экономические и политические факторы, обусловившие введение страховой медицины, одновременно обусловили и разрушение хорошо зарекомендовавшей себя в советский период цеховой медицины. Объем гарантированной государством бесплатной медицинской помощи зависел от предусмотренных для этих целей финансовых ресурсов, которые определялись без учета фактической потребности застрахованных граждан.

7. Исторической особенностью развития отечественной системы здравоохранения в XX веке являлось сочетание принципов «отрицания и преемственности» достижений предыдущих общественно-экономических формаций. Отрицание выражалось в декларировании полного отказа от предыдущей организационной модели здравоохранения (1917 и 1991 гг.), преемственность - в видоизмененном сохранении отдельных принципов организации оказания медицинской помощи населению (сочетание территориально-участкового - по месту жительства и цехового - по месту работы; профилактика заболеваний и др.).

8. На уровне международно-правового регулирования закрепляются такие основополагающие права граждан как: право на здоровье, право на охрану здоровья, право на медицинскую помощь. Единое международно-правовое содержание указанных прав отсутствует. Основным содержанием рассмотренных источников международного права является их направленность на установление общих принципов обеспечения прав граждан в сфере охраны здоровья.

9. На основании исследования правовой природы прав граждан в сфере охраны здоровья установлено, что право на здоровье как право на неприкосновенность здоровья от любых негативных воздействий со стороны иных лиц, общества и государства является естественным правом, оно

принадлежит человеку с момента рождения, вне зависимости от того, будет оно нормативно закреплено или нет. Право на охрану здоровья как право на пользование результатами принимаемых государством мер различного характера, направленных на профилактику заболеваний, сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, предоставление ему медицинской помощи, является позитивным социальным правом человека. Для его реализации необходимы соответствующие действия и признание со стороны государства. Международные нормы в данном случае носят общий характер, закрепляющие те минимальные стандарты, которые должно гарантировать государство. Право на медицинскую помощь как право на получение предоставляемой на безвозмездной и (или) возмездной основах медицинской помощи, направленной на поддержание и (или) восстановление здоровья, является одновременно и самостоятельным правом человека, и составной частью права на охрану здоровья, и соответственно также является позитивным правом, для реализации которого необходимы соответствующие действия и признание со стороны государства.

Определено взаимодействие указанных прав. Право на здоровье, в качестве естественного и неотчуждаемого права человека, защищает здоровье как особую ценность (благо) человека от негативных воздействий, и является предпосылкой права на охрану здоровья и права на медицинскую помощь, которые в качестве позитивных прав человека способствуют достижению наивысшего уровня физического и психического здоровья.

10. В рамках Евразийского экономического союза происходит формирование наднационального права на медицинскую помощь, основанного на интеграции в национальные системы здравоохранения прав граждан трудящихся государств-членов ЕАЭС в объеме, превышающем глобальные и региональные стандарты.

В Договоре о ЕАЭС определены основополагающие права трудящихся ЕАЭС и членов их семьи:

- право на получение скорой медицинской помощи;

- право на получение платной медицинской помощи;
- право на медицинскую помощь, предоставление которой для трудящихся государств-членов и членов семей предусмотрено законодательством государства трудоустройства;
- право доступа трудящихся государств-членов и членов семей (право быть застрахованным) к системам обязательного медицинского страхования государств-членов.

11. Действующие в государствах – членах ЕАЭС системы обеспечения населения медицинской помощью имеют как схожие черты, так и существенные различия. Среди общих элементов можно отметить закрепление на конституционном уровне в том или ином виде права на медицинскую помощь, либо в качестве самостоятельного права, либо в качестве составной части права на охрану здоровья, и развитие указанных положений в отраслевом законодательстве. В каждой стране, независимо от организационной формы здравоохранения, гражданам гарантирован определенный объем бесплатной медицинской помощи. Однако, несмотря на общие черты, сама организационная система здравоохранения в государствах – членах ЕАЭС и объем прав граждан на бесплатную медицинскую помощь существенно различаются. Так, если в Российской Федерации, Кыргызской Республике, а так же планируется и в Республике Казахстан, основным механизмом является в различных формах система обязательного медицинского страхования, то в Республике Беларусь осуществляется государственное финансирование основных видов медицинской помощи, а система ОМС, также как и в Республике Армения отсутствует.

В связи с этим, на основании применения устоявшегося в праве социального обеспечения подхода к пониманию социального обеспечения как более широкой категории, чем социальное страхование обоснован вывод о необходимости закрепления на наднациональном уровне права на доступ не только к бесплатной медицинской помощи, оказываемой в рамках ОМС, но и к бесплатной медицинской помощи, оказываемой в других организационно-правовых формах в государствах, где отсутствует система ОМС.

12. Сформулировано предложение о внесении изменений в договор о ЕАЭС в виде изложения абзаца 1 п. 3 ст. 98 Договора о ЕАЭС в следующей редакции: «Трудящиеся государств-членов и члены семей имеют право на доступ к социальному обеспечению (социальному страхованию) (кроме пенсионного) на тех же условиях и в том же порядке, что и граждан государства трудоустройства».

13. Обосновано, что отраслевую принадлежность имеют организационно-правовые формы реализации права на медицинскую помощь, определяющие его содержание в части организационных и финансовых составляющих. Право на бесплатную медицинскую помощь реализуется в рамках организационно-правовых форм социального обеспечения, а платная медицинская помощь регулируется нормами гражданского законодательства, которые находятся в тесной взаимосвязи как механизмы реализации единого права на медицинскую помощь.

14. Анализ действующей системы оказания гражданам бесплатной медицинской помощи показал, что она реализуется в следующих организационно-правовых формах социального обеспечения: социального страхования, социальной помощи и социального обслуживания, а также государственного социального обеспечения за счет средств бюджета для отдельных категорий граждан.

15. Законодательная конструкция права на бесплатную медицинскую помощь в действующем виде не предусматривает возможности введения в существующую систему обязательного медицинского страхования рыночных механизмов, присущих отдельным видам страхования или системам страхования, функционирующим в других государствах. В настоящее время сложилась система бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, при которой разные по своей правовой природе организационно-правовые формы социального обеспечения объединены посредством использования финансовых механизмов в единую систему, в которой сами источники финансирования не имеют значения ни для гражданина, получающего медицинскую помощь, ни для медицинской организации, ее оказывающей.

16. Среди элементов права на бесплатную медицинскую помощь можно выделить статические (не изменяющиеся) и динамические (изменение которых возможно) элементы.

К первым (статическим) относятся сами характеристики права на бесплатную медицинскую помощь как права человека – бесплатность и равное (единое) содержание для каждого (каждой категории граждан).

Ко вторым (динамическим) относится сам объем права на медицинскую помощь, изменение которого возможно путем внесения изменений в ПГГ, либо в специальное законодательство.

17. Обоснована необходимость развития здравоохранения по бюджетно-страховой модели, что приведет, с одной стороны, к сохранению гарантированного государством права на бесплатную медицинскую помощь в рамках государственного финансирования и системы ОМС, а с другой стороны позволит посредством ДМС развивать страховую модель оказания медицинской помощи. Обосновано предложение о необходимости разграничения сферы действия ОМС и ДМС. В связи с этим предлагается Правила предоставления платных медицинских услуг, утвержденные постановлением Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г., дополнить п. 4.1 следующего содержания: «Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг исключительно сверх установленных программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

18. Механизм защиты прав граждан не предусматривает способов защиты права на бесплатную медицинскую помощь в части ее доступности. В связи с этим предложено ч. 5 ст. 80 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», устанавливающую на основании ПГГ требования к содержанию ТПГГ, дополнить п. 7 следующего содержания: «требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

помощи в части возложения на уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения в случае установления при обращении граждан нарушений по вопросам доступности медицинской помощи, предоставляемой бесплатно, обязанности по организации своевременного получения необходимой пациенту медицинской помощи (при необходимости в другом медицинском учреждении)».

19. Право на выбор врача и право на выбор медицинской организации являются сопутствующими праву на медицинскую помощь позитивными правами пациента, для реализации которых необходимо, что бы они были признаны со стороны государства, объем закрепления указанных прав в национальном законодательстве определяется государством. Международные стандарты устанавливают два ограничения: права выбора врача, связанное с кругом врачей, из которых можно выбирать, и права на выбор медицинской организации, связанное с территорией выбора.

20. Закрепление согласия врача в качестве условия реализации права пациента на выбор врача не является обоснованным, сделано предложение об исключении из конструкции указанного права указание на необходимость получения согласия врача на выбор пациента. Сформулирована новая редакция первого предложения ч. 1 ст. 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «При оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации и выбор врача, в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

21. На основании международно-правовых стандартов в целях улучшения доступности медицинской помощи обосновано предложение о совершенствовании действующего законодательства путем установления территориальных границ для выбора медицинской организации при получении первичной медико-санитарной помощи. Предложено первое предложение ч. 2 ст.

21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» изложить в следующей редакции: «Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию по территориальному принципу в порядке, утвержденном уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина)».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативные правовые акты и официальные документы

1. Конституция Российской Федерации (принята 12 декабря 1993 г.)// СЗ РФ. 04.08.2014. № 31, ст. 4398 (с учетом поправок).
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 г. № 51-ФЗ// СЗ РФ. 05.12.1994. № 32, ст. 3301 (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2019 г.).
3. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 г. № 14-ФЗ// СЗ РФ. 29.01.1996. № 5, ст. 410 (с изм. и доп., вступ. в силу с 30.12.2018 г.).
4. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть четвертая) от 18.12.2006 г. № 230-ФЗ// СЗ РФ. 25.12.2006. № 52 (1 ч.), ст. 5496 (ред. от 23.05.2018).
5. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 г. № 195-ФЗ// СЗ РФ. 07.01.2002. № 1(ч. 1), ст. 1. (ред. от 06.03.2019).
6. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. № 63-ФЗ// СЗ РФ. 17.06.1996. N 25, ст. 2954 (ред. от 27.12.2018).
7. Закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»// Ведомости СНД и ВС РФ. 14.01.1993. N 2, ст. 56. (ред. от 28.11.2018).
8. Федеральный закон РФ от 27.05.1998 № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих»// Российская газета. № 104. 02.06.1998.
9. Федеральный закон РФ от 30 марта 1999 года № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»// СЗ РФ. 05.04.1999. № 14, ст. 1650.
10. Федеральный закон РФ от 16 июля 1999 года № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»// СЗ РФ. 19.07.1999. № 29, ст. 3686.

11. Федеральный закон РФ от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»// СЗ РФ. 19.07.1999. № 29, ст. 3699.
12. Федеральный закон РФ от 10 января 2002 года № 7-ФЗ «Об охране окружающей среды»// СЗ РФ. 14.01.2002. № 2, ст. 133.
13. Федеральный закон РФ от 02 мая 2006 года № 59-ФЗ «Об охране окружающей среды»// СЗ РФ. 08.05.2006. № 19, ст. 2060.
14. Федеральный закон РФ от 03 июня 2009 года № 101-ФЗ «О ратификации Европейской социальной хартии (пересмотренной) от 3 мая 1996 года»// СЗ РФ. 08.06.2009. № 23, ст. 2756.
15. Федеральный закон РФ от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»// СЗ РФ. 06.12.2010. N 49, ст. 6422.
16. Федеральный закон РФ от 19.07.2011 года N 247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»// Российская газета. № 157. 21.07.2011.
17. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»// СЗ РФ. 28.11.2011. № 48, ст. 6724.
18. Федеральный закон РФ от 30.12.2012 года № 283-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам некоторых федеральных органов исполнительной власти и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»// Российская газета. № 3. 11.01.2013.
19. Федеральный закон РФ от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»// СЗ РФ. 30.12.2013. N 52 (часть I), ст. 7007.
20. Федеральный закон РФ от 03 октября 2018 года № 349-ФЗ «О ратификации Конвенции о минимальных нормах социального обеспечения (Конвенции № 102)»// СЗ РФ. 08.10.2018. N 41, ст. 6189.

21. Указ Президиума ВС СССР от 06.07.1956 г. «О ратификации конвенций Международной Организации Труда (МОТ)»// Ведомости ВС СССР, 1956. № 14. ст. 301.

22. Указ Президиума ВС СССР от 18.09.1973 г. № 4812-VIII «О ратификации Международного Пакта об экономических, социальных и культурных правах и Международного Пакта о гражданских и политических правах»// Ведомости ВС СССР. 1973. № 40, ст. 564.

23. Указ Президиума ВС СССР от 19 декабря 1980 г. № 3565-X «О ратификации Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин»// Ведомости ВС СССР, 1981. № 1, ст.3.

24. Указ Президиума ВС СССР от 10 февраля 1989 г. № 10125-XI «О снятии сделанных ранее оговорок СССР о непризнании обязательной юрисдикции Международного Суда ООН по спорам о толковании и применении ряда международных договоров»// Ведомости ВС СССР, 1989. № 11, ст. 79.

25. Постановление ВС СССР от 13 июня 1990 г. № 1559-1 «О ратификации Конвенции о правах ребенка»// Ведомости СНД и ВС СССР. 1991. № 26, ст. 497.

26. Постановление Правительства РФ от 06.05.2003 г. № 255 «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией»// СЗ РФ. 12.05.2003. № 19. ст. 1838.

27. Постановление Правительства Российской Федерации от 05.12.2008 года № 913 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год»// СЗ РФ. 15.12.2008. № 50, ст. 5942.

28. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»// СЗ РФ. 08.10.2012. № 41, ст. 5628.

29. Постановление Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 года № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов»// СЗ РФ. 29.10.2012, № 44, ст. 6021.

30. Постановление Правительства РФ от 24.11.2014 г. № 1236 «Об утверждении примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг»// СЗ РФ. 01.12.2014. № 48, ст. 6872.

31. Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 года № 1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»// СЗ РФ. 17.12.2018. № 51, ст. 8013.

32. Распоряжение Правительства РФ от 05 февраля 2016 г. № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года»// СЗ РФ. 15.02.2016. № 7, ст. 1017.

33. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 14.12.2009 г. № 984н «Об утверждении Порядка прохождения диспансеризации государственными гражданскими служащими Российской Федерации и муниципальными служащими, перечня заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации и муниципальную службу или ее прохождению, а также формы заключения медицинского учреждения»// Российская газета, № 12. 22.01.2010.

34. Приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»// Российская газета. № 121. 30.05.2012.

35. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»// Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. N 52, 24.12.2012.

36. Приказ Минздрава России от 09.11.2012 г. № 708н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии (гипертонической болезни)»// Российская газета. Специальный выпуск. 07.06.2013. № 122/1.

37. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 г. № 907н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология»// Российская газета. Спецвыпуск. 11.04.2013. № 78/1.

38. Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях»// Российская газета. № 74. 05.04.2013.

39. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»// Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 26.02.2015.

40. Приказ Минздрава России от 30.09.2015 № 683н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях»// Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. № 2. 11.01.2016.

41. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.02.2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»// Российская газета – Федеральный выпуск. № 108 (7866). 22.05.2019.

42. Приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медосмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы «Гарант». Режим доступа – локальный.

43. Закон Ярославской области от 19.12.2008 г. N 65-з «Социальный кодекс Ярославской области»// Губернские вести. № 116. 20.12.2008.

44. Постановление Правительства Ярославской области № 979-п от 28 декабря 2018 года «О программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Ярославской области медицинской помощи на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов»// Документ-Регион. N 8. 01.02.2019.

45. Письмо Федерального Фонда обязательного медицинского страхования от 12.04.2012 № 2490/30-3/и «О направлении Методических рекомендаций о возмещении страховой организацией ущерба, причиненного застрахованному лицу в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанности по организации представления медицинской помощи»// [Электронный ресурс] –Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

Международные правовые акты и официальные документы, зарубежное законодательство

46. Всеобщая Декларация прав человека, принятой и провозглашенной резолюцией 217А (III) Генеральной Ассамблеи ООН 10 декабря 1948 г.// Российская газета. 10.12.1998 г.

47. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах от 16 декабря 1966 года// Ведомости Верховного Совета СССР. 28.04.1976. № 17 (1831), ст. 291.

48. Декларация о правах инвалидов, провозглашенная резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеи от 9 декабря 1975 г.// [Электронный ресурс] – Доступ из справ. - правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

49. Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин от 18 декабря 1979 года// Ведомости ВС СССР. 23.06.1982. № 25 (2151), ст. 464.

50. Свод принципов защиты всех лиц, подвергаемых задержанию или заключению в какой бы то ни было форме, утвержденный резолюцией Ассамблеи ООН 43/173 от 09.12.1988 г.// Советская юстиция. 1992 г. № 6. С. 20.

51. Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989 г.)// Ведомости Съезда народных депутатов СССР и Верховного Совета СССР. 07.11.1990. № 45, ст.955.

52. Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения, принятый 22 июля 1946 года в Нью-Йорке// [Электронный ресурс] – Доступ из справ. - правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

53. Европейская Социальная Хартия (пересмотренная 3 мая 1996 года в г. Страсбурге)// Бюллетень международных договоров. 2010, N 4, апрель, с. 17 – 67.

54. Замечания общего порядка № 14 по ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах (принятые Комитетом по экономическим, социальным и культурным правам на 22 сессии (май, 2000 год). [Электронный ресурс] - URL: // <https://www.refworld.org.ru/docid/47ebcc3c2.html> (дата обращения: 25.04.2019).

55. Конвенция МОТ № 77 от 09 октября 1946 г. «Относительно медицинского освидетельствования детей и подростков с целью выяснения их пригодности к труду в промышленности»// Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1919 - 1956. Т. I.- Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 759 - 765.

56. Конвенция МОТ № 102 от 28 июня 1952 г. «О минимальных нормах социального обеспечения»// [Электронный ресурс] – Доступ из справ. – правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа локальный.

57. Конвенция МОТ № 103 от 28 июня 1952 г. «Относительно охраны материнства (пересмотренная в 1952 году)»// Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1919 - 1956. Т. I.- Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 1088-1094.

58. Конвенция МОТ № 117 от 22 июня 1962 г. «Об основных целях и нормах социальной политики»// Конвенции и рекомендации, принятые

Международной конференцией труда. 1957 - 1990. Т. II.- Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 1321-1329.

59. Конвенция МОТ № 157 от 21 июня 1982 г. «Об установлении международной системы сохранения прав в области социального обеспечения»// Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1957 - 1990. Т. II.- Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 1971-1982.

60. Конвенция МОТ № 164 от 08 октября 1987 г. «О здравоохранении и медицинском обслуживании моряков»// Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1957 - 1990. Т. II.- Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 2111-2120.

61. Рекомендация МОТ № 5 (29 октября 1919 г. – 27 января 1920 г.) «О создании государственных служб здравоохранения»// Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1919 - 1956. Т. I.- Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 26.

62. Рекомендация Международной Организации Труда от 15 июня 1927 г. № 29 «Об общих принципах страхования по болезни»// Конвенции и рекомендации, принятые Международной Конференцией труда. 1919 - 1956. Т. I.- Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 157-161.

63. Рекомендация Международной Организации Труда от 12 мая 1944 г. № 69 «О медицинском обслуживании»// Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1919 - 1956. Т. I.- Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 616 - 633.

64. Рекомендация Международной организации труда от 25 июня 1953 г. № 97 «Об охране здоровья работников на местах работы»// Конвенции и рекомендации, принятые Международной Конференцией труда. 1919 - 1956. Т. I.- Женева: Международное бюро труда, 1991. С. 1100 - 1105.

65. Алма-атинская Декларация, принятая в ходе Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, проходившей в Алма-Ате 6–12 сентября 1978 г. [Электронный ресурс] - URL: // <https://>

www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml (дата обращения: 25.04.2019).

66. Астанинская декларация, принятая в ходе Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи: от Алма-Атинской декларации к всеобщему охвату услугами здравоохранения и Целям в области устойчивого развития, проходившей 25 и 26 октября 2018 года в Астане, Казахстан. [Электронный ресурс] - URL: // <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-ru.pdf> (дата обращения: 25.04.2019).

67. Соглашение об организации медицинского обеспечения военнослужащих и членов их семей, рабочих и служащих Вооруженных Сил государств-участников Содружества, Объединенных Вооруженных Сил Содружества Независимых Государств от 15 мая 1992 г.// Бюллетень международных договоров. 1994. № 6.

68. Соглашение о сотрудничестве в области охраны здоровья населения от 26 июня 1992 г.// Бюллетень международных договоров. 1993. № 6.

69. Соглашение между Правительством Российской Федерации и Правительством Словацкой Республики от 05 сентября 1994 г. «О сотрудничестве в области здравоохранения и медицинской науки»// [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы «Гарант». Режим доступа – локальный.

70. Соглашение между Правительством Российской Федерации и Правительством Азербайджанской Республики от 07 октября 1995 г. «О сотрудничестве в области медицины и здравоохранения»// Бюллетень международных договоров. 1996. № 2.

71. Соглашение между Правительством Российской Федерации и Правительством Киргизской Республики от 13 октября 1995 г. «О медицинском обеспечении военнослужащих и гражданского персонала воинских частей Вооруженных Сил Российской Федерации на территории Киргизской Республики, а также членов их семей»// Бюллетень международных договоров. 1996. № 3.

72. Соглашение Правительств государств - участников стран СНГ от 27.03.1997 «Об оказании медицинской помощи гражданам государств -

участников Содружества Независимых Государств»// Российская газета. № 90. 12.05.1997.

73. Соглашение между Правительством Республики Беларусь, Правительством Республики Казахстан, Правительством Кыргызской Республики и Правительством РФ от 24.11.1998 «О взаимном предоставлении гражданам Республики Беларусь, Республики Казахстан, Кыргызской Республики и Российской Федерации равных прав в получении скорой и неотложной медицинской помощи»// СЗ РФ. 28.11.2005. № 48, ст. 4970.

74. Соглашение о сотрудничестве в решении проблем ВИЧ-инфекции от 25 ноября 1998 г.// [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы «Гарант». Режим доступа – локальный.

75. Договор между Республикой Беларусь и Российской Федерацией от 25 декабря 1998 года «О равных правах граждан»// СЗ РФ. 22.11.1999. № 47, ст. 2625.

76. Договор между Республикой Беларусь и Российской Федерацией от 08 декабря 1999 года «О создании Союзного государства»// СЗ РФ. 14.02.2000. № 7, ст. 786.

77. Соглашение о профилактике йоддефицитных состояний среди населения государств-участников Содружества Независимых Государств от 31 мая 2001 г.// Бюллетень международных договоров. 2002. № 3.

78. Соглашение о сотрудничестве в области санитарной охраны территорий государств-участников Содружества Независимых Государств от 31 мая 2001 г.// [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы «Гарант». Режим доступа – локальный.

79. Соглашение между Правительством Республики Беларусь и Правительством Российской Федерации от 24 января 2006 года «О порядке оказания медицинской помощи гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации и гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь»// СЗ РФ. 26.05.2008. № 21, ст. 2395.

80. Договор о Евразийском экономическом союзе (подписан в г. Астана, 29.05.2014 г.)// [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа локальный.

81. Соглашение между Правительством Российской Федерации и Правительством Республики Болгарии о сотрудничестве в области здравоохранения и медицинской науки от 07 июля 2014 г.// Бюллетень международных договоров. 2014. № 11.

82. Конституция Республики Беларусь 1994 г. (с изменениями и дополнениями от 24.11.1996 г. и 17.10.2004 г.). [Электронный ресурс] - URL: // [http:// www.pravo.by/pravovaya-informatsiya/normativnye-dokumenty/konstitutsiya-respubliki-belarus/](http://www.pravo.by/pravovaya-informatsiya/normativnye-dokumenty/konstitutsiya-respubliki-belarus/) (дата обращения: 18.06.2019).

83. Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 года № 2435-XII «О здравоохранении». [Электронный ресурс] - URL: // [http:// www.pravo.by/document/?guid=3871&p0=V19302435](http://www.pravo.by/document/?guid=3871&p0=V19302435) (дата обращения: 18.06.2019).

84. Конституция Республики Казахстан 1995 г. [Электронный ресурс] URL: // [http:// adilet.zan.kz/rus/docs/K950001000](http://adilet.zan.kz/rus/docs/K950001000) (дата обращения: 18.06.2019).

85. Закон Республики Казахстан от 18 декабря 2000 года № 126 «О страховой деятельности». [Электронный ресурс] URL: // [http:// adilet.zan.kz/rus/docs/Z000000126_](http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z000000126_) (дата обращения: 18.06.2019).

86. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 г. № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения». [Электронный ресурс] URL: // [http:// adilet.zan.kz/rus/docs/K090000193](http://adilet.zan.kz/rus/docs/K090000193) (дата обращения: 18.06.2019).

87. Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 г. № 405-V ЗПК «Об обязательном социальном медицинском страховании» [Электронный ресурс] URL: // [http:// adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000405](http://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000405) (дата обращения: 18.06.2019).

88. Конституция Республики Кыргызстан 2010 г. (в ред. Закона КР от 28.12.2016 г. № 218) [Электронный ресурс] URL: // [http:// cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/202913](http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/202913) (дата обращения: 18.06.2019).

89. Закон Кыргызской Республики от 18 октября 1999 г. № 112 «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» [Электронный

ресурс] - URL: // <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/275> (дата обращения: 18.06.2019).

90. Закон Кыргызской Республики от 09 января 2005 г. № 6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» [Электронный ресурс] URL: // <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/1602> (дата обращения: 18.06.2019).

91. Конституция Республики Армения 1995 г. (в ред. от 06.12.2015 г.) [Электронный ресурс] - URL: // <http://www.parliament.am/parliament.php?lang=rus&id=constitution> (дата обращения: 18.06.2019).

92. Закон Республики Армения от 04.04.1996 г. № ЗР-42 «О медицинской помощи, обслуживании населения» [Электронный ресурс] - URL: // <http://www.parliament.am/legislation.php?ID=1688&lang=rus&sel=show> (дата обращения: 18.06.2019).

Нормативные правовые акты, утратившие силу

93. Русская Правда. Краткая редакция (текст по Академическому списку «Правда Роськая»)// Российское законодательство X-XX веков: в 9 т.: Законодательство Древней Руси. т. 1/ отв. ред. В.Л. Янин; под общ. ред. О.И. Чистякова. М.: Юридическая литература, 1984. – 432 с.

94. Русская правда. Пространная редакция «Суд Ярославль Володимерич Правда Русьская»// Российское законодательство X-XX веков: в 9 т.: Законодательство Древней Руси. т. 1/ отв. ред. В.Л. Янин; под общ. ред. О.И. Чистякова. М.: Юридическая литература, 1984. – 432 с.

95. Устав Святого князя Володимира, крестившаго Русьскую землю, о Церковных судех» (Синодальная редакция)// Российское законодательство X-XX веков: в 9 т.: Законодательство Древней Руси. т. 1/ отв. ред. В.Л. Янин; под общ. ред. О.И. Чистякова. М.: Юридическая литература, 1984. – 432 с.

96. Воинский Устав от 30 марта 1716 года// ПСЗ РИ, с 1649 года. Спб.:, 1830. Т. V. 1713-1719, № 3006.

97. Указ от 24 декабря 1735 года № 6852 «Генеральный регламент о госпиталях и о должностях, определенных при них Докторов и прочих Медицинского чина служителей, также Комиссаров, писарей, мастеровых, работных и прочих к оным подлежащих людей»// ПСЗ РИ. Первое собрание. (1649-1825). Т. 9. № 6852.

98. Указ Екатерины II от 12 ноября 1763 года «Об учреждении коллегии медицинского факультета с разделением на два Департамента и о бытии оной в особливом ведении Ея Императорского Величества»// ПСЗ РИ (1649-1825). Т. 16. № 11.964.

99. Учреждения для управления Губерний Всероссийской Империи. Часть первая от 7 ноября 1775 года// ПСЗ РИ. Первое собрание (1649-1825). Т. 20. № 14.392.

100. Врачебный Устав// СЗ РИ. Том тринадцатый. Уставы о народном продовольствии, общественном призрении, и врачебные. Спб., 1857.

101. Городовое Положение// СЗ РИ. Т. II. Свод губернских учреждений. изд. 1892 г. по прод. 1906 г. С. 27.

102. Положение о губернских и уездных земских учреждениях от 01 января 1864 года// ПСЗ РИ (1825-1881). Т. XXXIX. Часть 1. № 40457.

103. Правила о порядке приведения в действие Положения о земских учреждениях от 25 мая 1864 года// ПСЗ РИ (1825-1881). Т. XXXIX. Часть 1. № 40934.

104. Положение Комитета Министров «Об устройстве при фабриках и заводах в Московской губернии больничных помещений»// ПСЗ РИ. Собрание третье. 1884. Т. 4. № 43594а. Дополнение к Т. 41 второго полного собрания законов Российской Империи.

105. Правила о надзоре за заведениями фабричной промышленности и о взаимных отношениях фабрикантов и рабочих от 03.06.1886 года// ПСЗ РИ. Собрание третье. Т. VI. № 3769.

106. Устав о промышленности// СЗ РИ. Т. XI ч. 2, изд. 1893 г. по продолж. 1906 г.

107. Правила о вознаграждении потерпевших вследствие несчастных случаев рабочих и служащих, а равно членов их семейств, в предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности от 02.06.1903 года// ПСЗ РИ. Собрание третье. Т. XXIII. № 23060.

108. Закон «Об обеспечении рабочих на случай болезни» от 23 июня 1912 года// ПСЗ РИ. Собрание третье. Т. XXXII. № 37446.

109. Постановление Временного правительства от 25.07.1917 года «Об изменении правил об обеспечении рабочих на случай болезни»// Собр. узак. 1917. № 208. Ст. 1313.

110. Декрет ВЦИК от 22.12.1917 года «О страховании на случай болезни»// СУ РСФСР, 1918. № 13, ст. 188.

111. Декрет СНК РСФСР от 18.07.1918 года «О Народном Комиссариате Здравоохранения (Положение)»// СУ РСФСР, 1918. № 52, ст. 590.

112. Декрет СНК РСФСР от 31.10.1918 года «Положение о социальном обеспечении трудящихся»// СУ РСФСР, 1918. № 89, ст. 906.

113. Декрет СНК РСФСР от 18.02.1919 года «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения»// СУ РСФСР, 1919. № 6, ст. 62.

114. Программа Российской коммунистической партии (большевиков), принятая на VIII съезде// Протоколы и стенографические отчеты съездов и конференций Коммунистической партии Советского Союза. Восьмой съезд РКП (б). Март, 1919 года. Протоколы. М., 1959.

115. Декрет СНК РСФСР от 15.11.1921 «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом»// СУ РСФСР, 1921. № 76, ст. 627.

116. Декрет ВЦИК, СНК РСФСР от 01.12.1924 года «О профессиональной работе и правах медицинских работников»// СУ РСФСР. 1924, № 88, ст. 892.

117. Постановление СНК СССР от 23.03.1926 года г. «Временное положение о фондах социального страхования»// СЗ СССР. 1926. № 19, ст. 124.

118. Постановление СНК СССР, ВЦСПС от 10.09.1933 г. «О порядке слияния Народного комиссариата труда Союза ССР с Всесоюзным центральным советом профессиональных союзов»// СЗ СССР. 1933. № 57, ст. 333.

119. Конституция (Основной Закон) Союза Советских Социалистических Республик» (утв. Постановлением Чрезвычайного VIII Съезда Советов СССР от 05.12.1936)// Известия ЦИК СССР и ВЦИК. № 283. 06.12.1936.

120. Постановление Чрезвычайного XVII Всероссийского Съезда Советов от 21.01.1937 г. «Об утверждении Конституции (Основного Закона) Российской Советской Федеративной Социалистической Республики»// СУ РСФСР. 1937. № 2, ст. 11.

121. Постановление ЦК КПСС, Совмина СССР от 14.01.1960 № 58 «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР»// СП СССР. 1960. № 3, ст. 14.

122. Постановление ЦК КПСС, Совмина СССР от 05.07.1968 № 517 «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране»// СП СССР. 1968. № 13, ст. 82.

123. Закон СССР от 19.12.1969 года № 4589-VII «Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении»// Ведомости ВС СССР. 1969. № 52, ст. 466.

124. Закон РСФСР от 29.07.1971 года «О здравоохранении»// Свод законов РСФСР. 1988. Т. 3, с. 143.

125. Конституция (Основной Закон) Союза Советских Социалистических Республик (принята ВС СССР 07.10.1977 г.)// Ведомости ВС СССР. 1977. № 41, ст. 617.

126. Конституция (Основной Закон) Российской Советской Федеративной Социалистической Республики (принята ВС РСФСР 12.04.1978 г.) // Ведомости ВС РСФСР. 1978. № 15, ст. 407.

127. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 30.05.1986 г. № 770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения»// [Электронный

ресурс] –Доступ из справочно-правовой системы «Гарант». Режим доступа – локальный.

128. Закон Российской Советской Федеративной Социалистической Республики от 28.06.1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР»// Ведомости СНД и ВС РСФСР. 04.07.1991. № 27, ст. 920.

129. Постановление Верховного Совета РСФСР от 28.06.1991 г. № 1500-1 «О порядке введения в действие Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»// Ведомости СНД и ВС РСФСР. 04.07.1991. № 27, ст. 921.

130. Постановление Верховного Совета Российской Федерации от 24 февраля 1993 г. № 4543-1 «О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 год»// Российская газета. № 81. 28.04.1993.

131. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья от 22 июля 1993 года № 5487-1// Ведомости СНД и ВС РФ. 19.08.1993. N 33, ст. 1318.

132. Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 г. N 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»// СЗ РФ. 15.01.1996. № 3, ст. 194.

Правила добровольного медицинского страхования

133. Правила добровольного медицинского страхования АО «АльфаСтрахование» (утверждены приказом генерального директора АО «АльфаСтрахование» от 01.12.2018 № 324/1) [Электронный ресурс] URL: // https://www.alfastrah.ru/docs/Pravila_DMS_045.pdf (дата обращения: 23.04.2019).

134. Правила добровольного медицинского страхования физических лиц СПАО «Ингосстрах» М., 2017 г. (утверждены приказом СПАО «Ингосстрах» от 25 декабря 2017 года № 479) [Электронный ресурс] URL: // https://www.ingos.ru/Upload/info/dms/DMS_fis.PDF (дата обращения: 23.04.2019).

135. Правила медицинского страхования граждан СПАО «РЕСО-Гарантия» (введены в действие с 01 июня 2018 года, утверждены генеральным директором СПАО «РЕСО-Гарантия» 18 мая 2018 года) [Электронный ресурс] URL: // https://www.reso.ru/export/sites_reso/Retail/Med/dms_rules.pdf (дата обращения: 23.04.2019).

136. Правила добровольного медицинского страхования (специальные правила) ООО «СК «Согласие», М., 2019г. (утверждены приказом генерального директора от 29.12.2018 г. № 20-1/761) [Электронный ресурс] URL: // <https://www.soglasie.ru/upload/iblock/712/7128c302498c8d2c26c3a5622d953c68.pdf> (дата обращения: 23.04.2019).

137. Правила добровольного медицинского страхования АО «Либерти Страхование» (редакция 5.17), СПб., 2017 (утверждены приказом генерального директора АО «Либерти Страхование» № 229 от 19 декабря 2017 года) [Электронный ресурс] URL: // https://www.liberty24.ru/upload/pravila/pravila_dms_517.pdf (дата обращения: 23.04.2019).

138. Правила добровольного медицинского страхования № 161/3 САО «ВСК» (утверждены генеральным директором САО «ВСК» в редакции приказа от 29.03.2018 г. № 00-86-03-05/93-ОД)[Электронный ресурс] URL: // https://www.vsk.ru/upload/documents/2/114/doc/Pravila-163_3.pdf (дата обращения: 23.04.2019).

139. Правила добровольного медицинского страхования (КС) № 58кс ПАО СК «Росгосстрах» (утверждены приказом ПАО СК «Росгосстрах» от 27 июля 2016 года № 480) [Электронный ресурс] URL: // https://www.rgs.ru/upload/medialibrary/bd6/pravila_58ks.pdf (дата обращения: 23.04.2019).

Судебные акты

140. Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 6 июня 2002 г. № 115-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мартыновой Евгении Захаровны на нарушение ее конституционных прав пунктом 2 статьи 779 и пунктом 2 статьи 782 Гражданского кодекса Российской Федерации» [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

141. Определение СК по гражданским делам Верховного Суда РФ от 26 марта 2001 г. № 44-Г01-9 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «Гарант». Режим доступа – локальный.

142. Определение Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 15 января 2004 г. № КАС03-638 // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации. 2004. № 9.

143. Апелляционное определение Белгородского областного суда от 23 июня 2015 г. № 33-2919/2015 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

144. Апелляционное определение Ульяновского областного суда от 7 июля 2015 г. по делу № 33-2810/2015 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

145. Апелляционное определение Верховного суда Республики Башкортостан от 6 октября 2015 г. по делу N 33-16306/2015 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

146. Апелляционное определение Санкт-Петербургского городского суда от 10 ноября 2015 г. № 33-20124/2015 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «Консультант Плюс». Режим доступа – локальный.

147. Апелляционное определение Астраханского областного суда от 2 декабря 2015 г. по делу № 33-4061/2015 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

148. Апелляционное определение Верховного суда Республики Башкортостан от 24 октября 2016 г. по делу № 33-21303/2016 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

149. Апелляционное определение Верховного суда Республики Башкортостан от 17 апреля 2017 г. по делу № 33-6445/2017 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

150. Апелляционное определение Верховного суда Республики Башкортостан от 24 апреля 2017 г. по делу № 33-8465/2017 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

151. Апелляционное определение Верховного суда Республики Башкортостан от 24 апреля 2017 г. по делу № 33-7083/2017 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

152. Апелляционное определение Московского городского суда от 10 июля 2017 г. по делу № 33-26460/2017 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

153. Апелляционное определение Иркутского областного суда от 11 июля 2017 г. по делу № 33-6412/2017 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

154. Апелляционное определение Нижегородского областного суда от 20 июня 2017 г. по делу № 33-6921/2017 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

155. Апелляционное определение Свердловского областного суда от 12 июля 2017 г. по делу № 33-10908/2017 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

156. Апелляционное определение Верховного суда Республики Башкортостан от 16 ноября 2017 г. по делу № 33-24022/2017 [Электронный

ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

157. Апелляционное определение Московского городского суда от 08 августа 2018 г. по делу № N 33-34369/2018 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

158. Апелляционное определение Курганского областного суда от 22 января 2019 г. по делу № 33-147/2019 [Электронный ресурс] – Доступ из справ.- правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа – локальный.

Литература

159. Акопов В.И. Медицинское право: книга для врачей, юристов и пациентов. М.: ИКЦ МарТ, 2004. – 368 с.

160. Акопов В.И., Карасова Ю.В. Правовое регулирование профессиональной деятельности медицинского персонала. Ростов н/Д.: Феникс, 2008. – 317 с.

161. Акопов В.И. Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья: учебно-практическое пособие для практикующих юристов и врачей. Ростов н/Д: Феникс, 2012. – 378 с.

162. Алексеев В.А., Борисов К.Н. Задворная О.Л. и др. Кафедра международного здравоохранения РМАПО. Система здравоохранения Франции// Здравоохранение. 2010. № 3. С. 81-88.

163. Алексеев С.С. Общая теория права: учебник. М.: Проспект, 2009. – 576 с.

164. Андреев В.С. Социальное обеспечение в СССР. М.: Знание, 1968. – 80 с.

165. Андреев В.С. Охрана трудовых прав рабочих и служащих. М.: Знание, 1972. – 80 с.

166. Андреевский И.Е. Полицейское право. Сочинение. Т. 1. Санкт-Петербург, Типография Эд. Праца, 1871. – 543 с.

167. Антипьева Н.В. Единство и дифференциация в праве социального обеспечения: монография. М.: Проспект, 2016. – 240 с.
168. Астров П.И. Право на труд и право на здоровье. Из журнала «Вестник права и нотариата». М.: «Московская», 1910. – 88 с.
169. Астров П.И. Русская фабричная медицина. Критика законопроекта комиссии Государственной Думы по рабочему вопросу. М.: Городская типография, 1911. – 15 с.
170. Афанасьева Е.Г. Право на информированное согласие как основа юридического статуса пациента// Современное медицинское право в России и за рубежом: сборник научных трудов/ отв. ред. О.Л. Дубовик, Ю.С.Пивоваров. М., 2003. С. 142-161.
171. Баринов Е.Х., Тихомиров А.В. Медицинская юриспруденция и судебная медицина// Медицинская экспертиза и право. 2011. № 3. С. 7-11.
172. Барышникова Т.Ю., Кузнецов Ю.А. К вопросу о природе социально-страховой ответственности// Вестник трудового права и права социального обеспечения. Выпуск 5. Оптимизация межотраслевых связей трудового права и права социального обеспечения/ под ред. А.М. Лушников, М.В. Лушниковой. Ярославль: ЯрГУ, 2010. С. 93-104.
173. Бевеликова Н.М. Реформа медицинского страхования в России//Правовые вопросы в здравоохранении. 2010. № 5. С. 86-92.
174. Биомедицинское право в России и за рубежом: монография/ Романовский Г.Б., Тарусина Н.Н., Мохов А.А. (и др.). М.: Проспект, 2017. – 368 с.
175. Бирлидис Г.В., Ремизов И.В., Калиниченко Е.П. Правовое обеспечение профессиональной деятельности медицинских работников. Ростов н/Д: «Феникс», 2006. – 320 с.
176. Бунге Н. Полицейское право. Государственное благоустройство. Том II. Курс, читанный в Университете Св. Владимира. Киев: В университетской типографии, 1877. – 273 с.

177. Буренков С.П., Лидов И.П., Потулов Б.М. и др. Становление и развитие советского здравоохранения// 60 лет Советского здравоохранения: сборник статей. М.: Медицина, 1977. 37-82 с.

178. Васильева Ю.В. К вопросу кодификации и учета наднациональных правовых актов в российском законодательстве (на примере законодательства о социальном обеспечении)// Вестник трудового права и права социального обеспечения. Выпуск 4. Международное трудовое право и право социального обеспечения/ под ред. А.М. Лушников, М.В. Лушниковой. Ярославль: ЯрГУ, 2009. С. 94-103.

179. Васильева Ю.В. О современном состоянии законодательства и науки права социального обеспечения// Современное состояние законодательства и науки трудового права и права социального обеспечения: материалы 6-й Международной научно-практической конференции/ под ред. К.Н. Гусова. М.: Проспект, 2010. С. 94-103.

180. Вельмяйкин С.Ф. В интересах пациентов и врачей// Медицина: целевые проекты. 2011. № 9. С. 53.

181. Вигдорчик Н.А. Обеспечение рабочих на случай болезни (фабричная медицина и страхование). М.: Товарищество «Печатня С.П. Яковлева», 1909. – 26 с.

182. Вигдорчик Н.А. Опасность промышленного труда. Основные выводы из статистики профессионального травматизма. С.-Петербург: Издание юридического книжного склада «Право», 1913.– 80 с.

183. Вигдорчик Н.А. Страхование на случай болезни в России. Краткое руководство для врачей. С.-Петербург: Практическая Медицина (В.С. Эттингер), 1914. – 31 с.

184. Вигдорчик Н.А. Страхование от несчастных случаев в России. Петроград: Практическая Медицина (В.С. Эттингер), 1915. – 28 с.

185. Вигдорчик Н.А. Государственное обеспечение трудящихся (Итоги и перспективы социального страхования). Петроград: Издание Акц. О-ва «МУРАВЕЙ», 1917. – 80 с.

186. Винокуров А.Н. Социальное обеспечение в Советской России. Сборник статей к Съезду Советов/ под редакцией и с предисловием Народного Комиссара Социального Обеспечения Винокурова А.Н. М.: Государственное издательство, 1919. – 13 с.
187. Винокуров А.Н. Социальное обеспечение (от капитализма к коммунизму). М.: Государственное издательство, 1921. – 16 с.
188. Высоцкий Н.Ф. Очерки нашей народной медицины. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2012. – 184 с.
189. Войду в дом для пользы больного (О служении врача). М., Издательство Душепопечительского Православного Центра св. прав. Иоанна Кронштадтского, 2007. – 288 с.
190. Галаганов В.П. Организация работы органов социального обеспечения: учебное пособие для студ. сред. проф. завед. М.: Академия, 2007. – 176 с.
191. Галаганов В.П. Право социального обеспечения: учебник. М.: КНОРУС, 2014. – 512 с.
192. Гарин Л.Ю. Практические аспекты медицинского права: учебное пособие /под ред. И.А. Камаева. Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2014. – 172 с.
193. Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю., Григорьев И.Ю. Законодательство в сфере охраны здоровья граждан. М.: МЦФЭР, 2005. – 320 с.
194. Глашев А.А. Медицинское право: практическое руководство для юристов и медиков. М.: Волтерс Клувер, 2004. – 208 с.
195. Головина С.Ю., Лютов Н.Л. Трудовые споры в государствах ЕАЭС: понятийный аппарат и классификация// Российский юридический журнал. 2016. N 6 [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа локальный.
196. Государственно-общественное управление здравоохранением Российской Федерации/ под общ. ред. А.Г. Саркисян, Е.Б. Злодеевой. СПб.: Медицинская пресса, 2004. – 336 с.

197. Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Современное здравоохранение: политика, экономика, управление. М.: Авторская академия, 2013. – 344 с.
198. Гусаков Д.Б. История пенсионного обеспечения и социального страхования в России: учебное пособие. СПб.: ГИПРС, 2010. – 260 с.
199. Гурочкин Ю.Д., Дерягин Г.Б., Яценко Е.Ю. Медицинское право. Сборник нормативных актов к занятиям по медицинскому праву: учебник. М.: Экзамен, 2007. – 798 с.
200. Дементьев Е.М. Фабрика, что она дает населению и что она у него берет. М.: Типография Высочайше утвержд. Т-ва И.Д. Сытина, 1897. – 256 с.
201. Дерюжинский В.Ф. Заметки об общественном призрении// Вопросы науки, искусства, литературы и жизни № 10. М.: Издание книжного магазина Гросман и Кнебель, 1897. – 115 с.
202. Дерюжинский В.Ф. Полицейское право: пособие для студентов. С.-Петербург: Сенатская типография, 1911. – 550 с.
203. Дерягин Г.Б. Медицинское право: учеб. пособие для студентов вузов/Дерягин Г.Б., Кича Д.И., Коновалов О.Е. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2010. – 239 с.
204. Дмитриев Л.А. Основные направления развития медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения в Российской Федерации// Главный врач. 2014. № 4. С. 8-15.
205. Евразийское трудовое право: учебник/ Е.А. Волк, Е.С. Герасимова, С.Ю. Головина [и др.]; под общ. ред. М.В. Лушниковой, К.С. Раманкулова, К.Л. Томашевского. М.: Проспект, 2018. - 496 с.
206. Егоров К.В. Правомерный вред в медицине. М.: Статут, 2011. – 173 с.
207. Ерегина Н.Т. Из истории «общественной медицины» России// Новости здравоохранения. 2006. № 2. С. 9-10.
208. Жаворонков Р.Н. Конвенция о правах инвалидов как новый этап развития международного законодательства о социальной защите инвалидов//Современное состояние законодательства и науки трудового права и права социального обеспечения: материалы 6-й Международной научно-практической конференции/ под ред. К.Н. Гусова. М.: Проспект, 2010. С. 571-578.

209. Зайкин А.Д., Войленко Е.И., Гейхман В.Л. Основы трудового законодательства СССР: учебное пособие. М.: Высшая школа, 1985. – 240 с.
210. Захаров М.Л. Социальное обеспечение в СССР. М.: Знание, 1982. – 64 с.
211. Захаров М.Л. Социальное страхование в России: прошлое, настоящее и перспективы развития (трудовые пенсии, пособия, выплаты пострадавшим на производстве): монография. М.: Проспект, 2014. – 312 с.
212. Зеленцов А.Б. Субъективное публичное право: учеб. пособие. М.: РУДН, 2012. – 146 с.
213. Иванников И.А., Рубанова Н.А. Медицинское право: учебное пособие. М.: Академцентр, 2009. – 208 с.
214. Иванов А.В., Тихомиров А.В. Страхование и медицинская деятельность// Главный врач: хозяйство и право. 2009. № 5. С. 32-39.
215. Иванова Р.И., Тарасова В.А. Пособия по социальному обеспечению. М.: Юридическая литература, 1977. – 80 с.
216. Ивановский В.В. Учебник административного права (Полицейское право. Право внутреннего управления). Казань: Типо-литография Императорского Университета, 1907. – 548 с.
217. Истомина Е.А., Федорова М.Ю. Правовой механизм управления социальными рисками. Екатеринбург: изд-во УИУ РАНХиГС, 2018. – 240 с.
218. Кадыров Ф.Н. Платные услуги в здравоохранении. Том 1/ под ред. Академика РАМН Стародубова В.И. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2013. – 220 с.
219. Капустин А.Я. Право Евразийского экономического союза: международно-правовой дискурс // Журнал российского права. 2015. N 11. [Электронный ресурс] – доступ из справ. – правовой системы «КонсультантПлюс». Режим доступа локальный.
220. Киселев И.Я., Лушников А.М. Трудовое право России и зарубежных стран. Международные нормы труда: учебник/ под. ред. М.В. Лушниковой. – изд. 3-е, перераб. и доп. М.: Эксмо, 2008. – 608 с.

221. Кобеляцкий А.И. Справочная книга для чинов фабричной инспекции, фабрикантов и заводчиков. Полный сборник узаконений о найме рабочих на фабрики, заводы и мануфактуры, о взаимных отношениях фабрикантов и рабочих, о фабричной инспекции, о надзоре за заведениями фабрично-заводской промышленности. С.-Петербург: Издание юридического книжного магазина Н.К. Мартынова, 1898. – 155 с.

222. Кобзева С.И. Общая характеристика законодательства о социальном обеспечении// Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: Современное состояние (сравнительный анализ): материалы VII Международной научно-практической конференции/ под ред. К.Н. Гусова. М.: Проспект, 2011. С. 703-708.

223. Кобзева С.И. Источники права социального обеспечения России: монография. М.: Проспект, 2014. – 264 с.

224. Козаченко С.В. Пирогов М.В. Новые подходы к формированию программы ОМС в современных условиях// ГлавВрач. 2012. № 10. С. 40-46.

225. Колоколов Г.Р., Махонько Н.И. Медицинское право: учебное пособие. М.: «Дашков и К», 2009. – 452 с.

226. Куценко Н.В. Сохранение приобретенных и приобретаемых прав в сфере социального обеспечения: некоторые аспекты правового регулирования// Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: современное состояние (сравнительный анализ)/ под ред. К.Н. Гусова. М., 2011. С. 680-686.

227. Кучма М.И. Правовая основа всеобщей диспансеризации населения// Правовые вопросы в здравоохранении. 2013. № 7. С. 20-28.

228. Лахтин М.Ю. Старинные памятники медицинской письменности: Дословный текст лечебника, хранящегося в Московской Патриаршей библиотеке. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2012. – 232 с.

229. Левкевич М.М., Рудлицкая Н.В. Государственная и муниципальная политика в сфере здравоохранения: реализация и оценка эффективности: монография. М.: Инфра-М, (научная мысль), 2011. – 216 с.

230. Линденбратен А.Л. Современные очерки об общественном здоровье и здравоохранении/ под ред. О.П. Щепина. М.: Медицина, 2005. – 84 с.

231. Литвинов-Фалинский В.П. Новый закон о вознаграждении увечных рабочих. С.-Петербург, Типография В. Киршбаума (отделение), 1910. – 333 с.

232. Лозинский Б.Р. История санитарного просвещения в Ярославской области. Ярославль, 2001. – 51 с.

233. Лозинский Б.Р., Николаева Т.Н., Лебедева Л.А. Становление и развитие медицинской помощи детскому населению в Ярославской губернии и области. Ярославль, 2007. – 146 с.

234. Лошаков Л.А., Хохлов А.Л., Мирошников А.Е. и др. Международный опыт подготовки приемлемых решений в здравоохранении// Менеджер здравоохранения. 2012. № 6. С. 47-52.

235. Лукьянова Н.А. Проблемные аспекты толкования и применения Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»// ГлавВрач. 2012. № 8. С. 51-55.

236. Лушников А.М. О праве на существование как первичной основе права на труд и права на социальное обеспечение// Вестник трудового права и права социального обеспечения. Выпуск 2. Право на труд и право на социальное обеспечение в системе прав человека/ под ред. А.М. Лушникова, М.В. Лушниковой. Ярославль: ЯрГУ, 2007. С. 30-40.

237. Лушников А.М., Лушников М.В. Социальное право, трудовое право и право социального обеспечения: сравнительный анализ// Вестник трудового права и права социального обеспечения. Выпуск 2. Право на труд и право на социальное обеспечение в системе прав человека/ под ред. А.М. Лушникова, М.В. Лушниковой. Ярославль: ЯрГУ, 2007. С. 40-61.

238. Лушников М.В. Теория и футурология международного трудового права и международного права социального обеспечения: актуальные проблемы// Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: современное состояние (сравнительный анализ)/ под ред. К.Н. Гусова. М.: Проспект, 2011. С. 6-19.

239. Лушникова М.В., Лушников А.М. Курс права социального обеспечения. М.: Юстицинформ, 2009. – 656 с.

240. Лушников А.М., Лушникова М.В. Курс трудового права: учебник: в 2 т. Т. 1. Сущность трудового права и история его развития. Трудовые права в системе прав человека. Общая часть. – 2-е изд., перераб. и доп. М.: Статут, 2009. – 879 с.

241. Лушникова М.В. О единстве (унификации, гармонизации) и дифференциации источников международного трудового права и международного права социального обеспечения// Вестник трудового права и права социального обеспечения: сб. науч. тр. Вып. 4: Международное трудовое право и право социального обеспечения/ под ред. А.М. Лушников, М.В. Лушниковой. Ярославль, 2009. С. 41-81.

242. Лушников А.М., Лушникова М.В. Российская школа трудового права и права социального обеспечения: портреты на фоне времени (сравнительно-правовое исследование): монография: в 2 т. Т. 1. Ярославль: ЯрГУ, 2010. – 563 с.

243. Лушников А.М., Лушникова М.В., Турусина Н.Н. Договоры в сфере семьи, труда и социального обеспечения. М.: Проспект, 2010. – 432 с.

244. Малеина М.Н. Законодательство о здравоохранении в России: Современное состояние и перспективы развития// Современное медицинское право в России и за рубежом: сборник научных трудов/ отв. ред. Дубовик О.Л., Пивоваров Ю.С.М., ИНИОН, 2003. С. 20-36.

245. Мачульская Е.Е. Право социального обеспечения: учебное пособие для ВУЗов. М.: Книжный мир, 1998. – 240 с.

246. Мачульская Е.Е. Право социального обеспечения: учебник. М.: ИД Юрайт, 2010. – 582 с.

247. Мачульская Е.Е. Проблемы толкования актов МОТ и СЕ// Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: современное состояние (сравнительный анализ)/ под ред. К.Н. Гусова. М., 2011. С. 633-639.

248. Медицинское право: учебное пособие/ научный редактор Ю.А. Дмитриев. М.: Элит, 2006. – 496 с.

249. Миронова Т.К. К вопросу об унификации терминологии в международном и российском законодательстве о социальном обеспечении// Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: современное состояние (сравнительный анализ)/ под. ред. К.Н. Гусова. М., 2011. С. 662-668.

250. Миронова Т.К. Право социального обеспечения: учебное пособие. М.: Кнорус, 2013. – 312 с.

251. Миронова Т.К. Международные стандарты оказания медицинской помощи в порядке социального обеспечения// Вопросы российского и международного права. 2016. № 4. С. 105-121.

252. Модернизация здравоохранения: сто ответов на актуальные вопросы/ под ред. Ф.Н. Кадырова. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2008. – 312 с.

253. Нечаев С.В. Право на здоровье и право на охрану здоровья в источниках международного права// Юридические записки молодых ученых и аспирантов/ отв. ред. д-р юрид. наук М.В. Лушникова; Яросл. гос. ун-т им. П.Г. Демидова. Ярославль, 2010. Выпуск 10. С. 28-30.

254. Нечаев С.В. Международные стандарты права на охрану здоровья// Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. 2010. № 4 (14), октябрь – декабрь. С. 56-59.

255. Нечаев С.В. Отраслевая принадлежность права на охрану здоровья и медицинскую помощь// Юридические записки молодых ученых и аспирантов: Актуальные проблемы законодательной и правоприменительной практики: материалы II Международной научной конференции/ отв. ред. д-р юрид. наук, проф. М.В. Лушникова; Яросл. гос. ун-т им. П.Г. Демидова. Ярославль, 2011. Выпуск 11. С. 19-20.

256. Нечаев С.В. Право на выбор врача и медицинской организации// Социальное и пенсионное право. 2012. № 3. С. 20-24.

257. Нечаев С.В. Актуальные проблемы добровольного медицинского страхования// Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. 2014. № 2 (28), апрель – июнь. С. 68-71.

258. Нечаев С.В. К вопросу о правовом регулировании договора на оказание платных медицинских услуг// Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования: сборник статей VI Межвузовской научно-практической конференции. В 3 ч. – Ч. 2. – Пенза: МЦНС «Наука и просвещение», 2019. С.-146-149.

259. Нечаев С.В. Тенденции в правовом регулировании медицинской помощи в постсоветский период// Высшая школа: научные исследования. Материалы Межвузовского научного конгресса. – М.: издательство Инфинити, 2019. С. 38-44.

260. Нечаев С.В. Право на бесплатную медицинскую помощь в условиях реформирования отечественной системы здравоохранения// Вестник Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Серия Гуманитарные науки. 2020. № 1. – 0,4 п.л.

261. Нолькен А.М. Законы о вознаграждении за увечье и смерть в промышленных заведениях частных, общественных и казенных. Практическое руководство. С.-Петербург: Издание Юридического книжного склада «Право», 1911. – 372 с.

262. Оценка медицинских технологий. Международный опыт/ под ред. академика РАМН В.И. Стародубова и И.Н. Каграманяна. М.: издано при поддержке Ассоциации международных фармацевтических производителей, 2012. – 101 с.

263. Павлова Е.Е. О работе Росздравнадзора по рассмотрению обращений граждан по вопросам организации и качества медицинской помощи// Вестник Росздравнадзора. 2010. № 5. С. 30-33.

264. Петров М.М. Как реализуется право на охрану здоровья// ГлавВрач. 2011. № 4. С. 82-86.

265. Пивень Д.В. О проблеме не оказания медицинской помощи в медицинских организациях Российской Федерации// Менеджер здравоохранения. 2011. № 9. С. 6-12.

266. Пирогов М.В. Методическое и информационно-экономическое обеспечение клиничко-экономического баланса регионального здравоохранения: монография// Приложение к журналу «ГлавВрач». 2013. № 10. М.: 2013. – 90 с.

267. Пирогов М.В., Манухина Е.В. Подушевой способ финансирования медицинской помощи. Теория и практика: монография// Приложение к журналу «ГлавВрач». 2012. № 7. М.: 2012. – 80 с.

268. Пирогов М.В., Успенская И.В., Козаченко С.В. Международный и отечественный опыт реформирования здравоохранения: монография// Приложение к журналу «ГлавВрач». 2012. № 10. М.: 2012. – 79 с.

269. Пирогов М.В., Успенская И.В., Манухина Е.В. Клиничко-экономический баланс регионального здравоохранения: монография// Приложение к журналу «ГлавВрач». 2013. № 7. М.: 2013. – 95 с.

270. Права человека и правовое социальное государство в России: коллективная монография/ отв. ред. Е.А. Лукашева. М.: Норма, ИНФРА-М, 2011. – 400 с.

271. Право социального обеспечения России: учебник/ М.О. Буянова, К.Н. Гусов (и др.)/ отв. ред. К.Н. Гусов. М.: Проспект, 2012. – 640 с.

272. Право социального обеспечения: учебник/ под ред. М.В. Филипповой. М.: Юристь, 2006. – 446 с.

273. Право социального обеспечения: учебник для бакалавров/ под ред. В.Ш. Шайхатдинова. М.: Юрайт, 2012. – 573 с.

274. Роик В.Д. Обязательное медицинское страхование: теория и практика: учебное пособие. М.: Дело и Сервис, 2013. – 208 с.

275. Роик В.Д. Экономика, финансы и право социального страхования: институты и страховые механизмы. М.: Альпина Паблишер, 2013. -257 с.

276. Романов А.И., Кеворков В.В. Маркетинг и конкурентоспособность медицинской организации: монография. М.: КНОРУС, 2013. – 360 с.

277. Сашко С.Ю., Кочорова Л.В. Медицинское право: учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 352 с.

278. Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Основы медицинского права России: учебное пособие/ под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: Медицинское информационное агентство, 2007.– 360 с.

279. Сергеева Ю.С. Правовые основы организации обязательного медицинского страхования в ФРГ// Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: современное состояние (сравнительный анализ)/ под ред. К.Н. Гусова. М.: Проспект, 2011. С. 749-754.

280. Серенко А.Ф., Соболевский Г.Н. Здравоохранение социалистического общества. М., Медицина, 1975. – 312 с.

281. Сигида Е.А., Лукьянова И.Е. Теория и методология практики медико-социальной работы: монография. М.: Инфра-М (научная мысль), 2013. – 236 с.

282. Скворцова В.И. Российская медицина выходит на новые рубежи// Медицина: целевые проекты. 2013. № 14. С. 8-10.

283. Соколова Н.А. Дифференциация правового регулирования отношений по предоставлению медицинской помощи// Проблемы дифференциации в правовом регулировании отношений в сфере труда и социального обеспечения. Материалы Пятой Международно-практической конференции/ под ред. К.Н. Гусова. М.: Проспект, 2009. С. 530-536.

284. Соколова Н.А. Реализация права на бесплатную медицинскую помощь в современных условиях// Правовые вопросы в здравоохранении. 2014. № 2. С. 58-65.

285. Солодкий В.А., Перхов В.И., Стебунова Р.В. Обзор реформ в системе здравоохранения Франции за последние двадцать лет// Менеджер здравоохранения. 2012. № 1. С. 36-48.

286. Социальное страхование в СССР: учебное пособие/ под ред. К.С. Батыгина. М.: Профиздат, 1973. – 288 с.

287. Стародубов В.И., Флек В.О., Сон И.М. и др. Совершенствование нормативной базы программы государственных гарантий оказания населению

бесплатной медицинской помощи как условие успешного решения проблем здравоохранения// Менеджер здравоохранения. 2010. № 1. С. 9-19.

288. Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Очерки медицинского права. М.: ЦКБ РАН, 2004. – 170 с.

289. Тарасов И.Т. Очерк науки полицейского права. М.: Т-ство «Печатня С.П. Яковлева», 1897. – 704 с.

290. Тельнова Е.А. Качество оказания медицинской помощи как основная задача системы здравоохранения// Вестник Росздравнадзора. 2010. № 5. С. 4-9.

291. Теория социальной работы: учебник для бакалавров/ под ред: Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой, М.В. Вдовиной. М.: Юрайт, 2012. – 345 с.

292. Тихомиров А.В. О комплексности правового регулирования оборота медицинских услуг// Главный врач: хозяйство и право. 2013. № 5. С. 21-28.

293. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России: итоги 2010 г. Что надо делать дальше?// Менеджер здравоохранения. 2011. № 3. С. 6-20.

294. Улумбекова Г.Э. Вызовы системе здравоохранения РФ: пути решения// ГлавВрач. 2012. № 5. С. 13-22.

295. Устюгов А.В. Совершенствование организации бесплатного оказания медицинской помощи в Российской Федерации на основе модернизации системы обязательного медицинского страхования// ГлавВрач. 2011. № 7. С. 50-58.

296. Устюгов А.В. ОМС: итоги и перспективы// Консилиум главных врачей. 2013. № 6 (18). С. 25-31.

297. Федорова М.Ю. Медицинское право: учеб. пособие для вузов. М.: ВЛАДОС, 2003. С. – 320 с.

298. Федорова М.Ю. Конституционные основы социального обеспечения в государствах СНГ и Балтии// Международное, российское и зарубежное законодательство о труде и социальном обеспечении: современное состояние (сравнительный анализ)/ под. ред. К.Н. Гусова. М., 2011. С. 696-702.

299. Филиппов Ю.Н., Абаева О.П. Право пациента на автономию в законодательстве Российской Федерации. М.: Миклош, 2010. – 64 с.

300. Флек В.О., Зеленский В.А., Кузенко П.И. и др. Состояние и перспективы планирования и финансового обеспечения медицинской помощи населению/ под ред. Академика РАМН В.И. Стародубова. М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2012. - 172 с.

301. Флек В.О., Кузенко П.И. Основные проблемы финансового обеспечения медицинской помощи населению в России и пути их решения// Менеджер здравоохранения. 2011. № 11. С. 13-20.

302. Цлаф В.М. Государственно-частные партнерства в здравоохранении: эффективные решения// Менеджер здравоохранения. 2010. № 11. С. 31-41.

303. Шагеева Р.М. Проблемы применения принудительных мер медицинского характера. М.: Юрлитинформ, 2007. – 200 с.

304. Эрделевский А.М. О моральном вреде при посягательствах на жизнь и здоровье// Закон. 1997, январь. С. 120-122.

305. Ярославская юридическая школа: прошлое, настоящее, будущее/под ред.: С.А. Егорова, А.М. Лушникова, Н.Н. Тарусиной. Ярославль: ЯрГУ, 2009. – 834 с.

306. Яроцкий В.Г. Экономическая ответственность предпринимателей. Часть первая (Общая). Ответственность предпринимателей как основание законодательного регулирования отношений хозяев и рабочих. С.-Петербург: Типография Министерства путей сообщения (А. Бенке), 1887. – 443 с.

Диссертации, авторефераты диссертаций

307. Антоненко А.Ф. Конституционное право граждан на медицинскую помощь: содержание и проблемы реализации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - М.: 2006. – 25 с.

308. Ануфриева А.В. Правовое регулирование санаторно-курортного лечения в системе социального обеспечения Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Пермь: 2016. – 30 с.

309. Баринов С.А. Правовое обеспечение защиты прав пациента в случае причинения вреда здоровью при оказании медицинской услуги: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - М.: 2012. – 26 с.
310. Бартенев Д.Г. Право на охрану здоровья в международном праве: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - СПб.: 2006. – 22 с.
311. Белоусова А.А. Право на здоровье в современном международном праве: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - М.: 2015. – 25 с.
312. Благодар А.Л. Система права социального обеспечения: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. - М.: 2014. – 50 с.
313. Борисова-Жарова В.Г. Международно-правовые основы обеспечения права человека на здоровье: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - М.: 2008. – 28 с.
314. Бутковский П.П. Проблемы правового регулирования обязательного медицинского страхования: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - М.: 2005. – 25 с.
315. Бушуева В.П. Конституционное право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации на современном этапе: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - М.: 2006. – 26 с.
316. Власенкова В.В. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - М.: 2007. – 21 с.
317. Галаганов В.П. Правовое регулирование отношений по обязательному социальному страхованию (проблемы теории и практики): автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. - М.: 2009. – 45 с.
318. Гибадуллина Л.Т. Гражданско-правовая охрана прав потребителей медицинских услуг: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Казань: 2015. – 34 с.
319. Григорьев И.В. Социальное обеспечение трудящихся-мигрантов (правовые вопросы): автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Екатеринбург: 2006. – 23 с.
320. Егорова Д.В. Правовая политика в сфере здравоохранения и правовая охрана здоровья населения в советском государстве (1917-1991 годы): автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - Саратов: 2011. – 26 с.

321. Еникеев О.А. Конституционное право на медицинскую помощь: теория и практика: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - М.: 2009. -22 с.

322. Жаворонков Р.Н. Правовое регулирование труда и социального обеспечения инвалидов в Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. - М.: 2014. – 54 с.

323. Капанадзе Т.Ш. Конституционное право граждан СССР на охрану здоровья и вопросы его реализации: дис. ... канд. юрид. наук. - М.: 1984. – 180 с.

324. Колоцей И.А. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь как конституционная ценность: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - СПб.: 2010. – 21 с.

325. Лаптев Г.С. Международные стандарты социального обеспечения: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Екатеринбург: 2011. – 28 с.

326. Маценко Е.И. Социальная защита лиц в клинических исследованиях лекарственных препаратов для медицинского применения: дис. ... канд. юрид. наук. - СПб.: 2017. – 216 с.

327. Михайлова Х.Л. Международные и национальные стандарты при урегулировании споров в сфере предоставления медицинских услуг: дис. ... канд. юрид. наук. - М.: 2009. – 157 с.

328. Подвязникова М.В. Правовое регулирование лекарственной помощи в системе социального обеспечения: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – Екатеринбург: 2015. – 26 с.

329. Ращупкина Е.И. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь: конституционно-правовой аспект: автореф. дис. канд. юрид. наук. – Челябинск: 2012. – 20 с.

330. Рощепко Н.В. Единство публичных и частных начал в правовом регулировании социально-страховых отношений: дис. ... канд. юрид. наук. – Ярославль: 2016. – 286 с.

331. Холодова Т.Ю. Конституционно-правовое обеспечение прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - М.: 2006. – 23 с.

332. Шаманаева И.И. Вопросы соотношения российского законодательства о социальном обеспечении с международными актами о правах человека: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. - Екатеринбург, 1999. – 22 с.

333. Шестерякова И.В. Международные трудовые нормы и трудовой право России: их соотношение и коллизии: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. - М.: 2011. – 50 с.