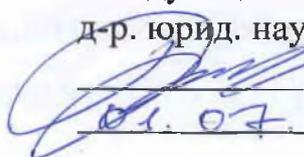


МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
ИНСТИТУТ ГОСУДАРСТВА И ПРАВА
Кафедра теории государства и права и международного права

РЕКОМЕНДОВАНО К ЗАЩИТЕ
В ГЭК

Заведующий кафедрой

д-р. юрид. наук, профессор


О.Ю. Винниченко

2021 г.

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

магистерская диссертация

**ЗАЩИТА ПРАВ ПАЦИЕНТОВ В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:
ИСТОРИКО-ПРАВОВОЙ И СОВРЕМЕННЫЙ АСПЕКТЫ**

40.04.01 Юриспруденция

Магистерская программа «Защита прав человека и бизнеса»

Выполнил работу
студент 2 курса
очной формы обучения



Алексеев Максим
Владимирович

Научный руководитель
д.и.н., профессор кафедры
ТГиПиМП, доцент



Климов Иван Павлович

Рецензент
к.ю.н., доцент кафедры
общественного здоровья и
здравоохранения ИНПР
Тюменского государственного
медицинского университета



Горовенко Сергей Викторович

Тюмень
2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ	Ошибка! Закладка не определена.
ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ В РОССИИ В ИСТОРИЧЕСКОЙ РЕТРОСПЕКТИВЕ	10
1.1. ПОНЯТИЕ «ПАЦИЕНТ», ЕГО ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ.....	10
1.2. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ В ДОВОРЕВОЛЮЦИОННОЙ И СОВЕТСКОЙ РОССИИ	23
ГЛАВА 2. ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ	30
2.1. СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ПРАВАХ ПАЦИЕНТОВ	30
2.2. МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	41
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	56
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	64

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Защита прав пациентов в сфере оказания медицинских услуг обуславливается тем, что факторы, затронутые при выборе этой темы, очень тесно переплетаются с основной концепцией развития социально-экономического развития России. Доминирующей целью развития политики государства во все времена являлось сохранение, поддержание и усиление здоровья граждан всех возрастных категорий. Неотъемлемую часть в этой структуре занимает формирование и обеспечение здорового образа жизни, а также повышение доступности реализации качественной медицинской помощи.

В 1991 году был принят первый в нашем нынешнем государстве нормативно-правовой акт РСФСР № 1034-1 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [19]. Так же в тогда был принят второй нормативно-правовой акт РФ № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» [18], в котором уже детально были раскрыты принципы оказания квалифицированной медицинской помощи. В 1993 году была реализована дополнительная система «Обязательного Медицинского Страхования» (далее ОМС), благодаря этой структуре можно было утверждать, что в Российской Федерации сложилась бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения.

Концепция современной модернизации системы здравоохранения развивалась с 2000 года и за время своего существования претерпела немало изменений. Одной из самых значимых изменений в этой структуре стал Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ [7]. Именно благодаря ему оспариваются и утверждаются решения суда, оказывается медицинская помощь, закрепляется медицинское право.

Для того что бы раскрыть весь смысл данной темы, нужно понять суть значений таких терминов как: защита прав, Пациент, медицинская услуга. В Уставе Всемирной организации здравоохранения (1948 г.) были олицетворены фундаментальные основы значений терминологии в области защиты прав пациентов по всему миру: «Здоровье — это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов»; «Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения»; «Правительства государств несут непосредственную ответственность за здоровье каждого гражданина и эта ответственность должна быть олицетворена в социальных и медико-социальных мероприятиях»[1].

Чтобы дать определению термину «защита прав», нужно для начала разобраться в правах человека. Права человека — это принципы, обеспечивающие сохранение достоинства и свободы любого человека, в нашем же случае, это касается помимо его воли и свободы, еще и здоровья. Пациент (лат. *patiens* страдающий, от *patior* претерпевать, страдать) -это человек, который получает квалифицированную медицинскую помощь. Защита прав пациентов – это комплекс мероприятий, направленный на урегулирования споров со стороны пациента, чьи права нарушили или не качественно оказали любую услугу, связанную с его непосредственным здоровьем (физическим, эмоциональным, психическим), и со стороны медицинского сотрудника или организации, которую данную услугу оказали.

Медицинская услуга подразделяется на два вида:

1. Бесплатная. Данный вид услуг производится по полису обязательного медицинского страхования (ОМС) жизни, действующий на всей территории Российской Федерации — разновидность обязательного социального страхования населения, представляющий

собой структуру созданных правовых, экономических и организационных мер, которые регулируют оказание специализированной медицинской помощи при возникновении страховой ситуации. Данный документ содержит гарантии безвозмездного получения лицом медицинской помощи во всех государственных и бюджетных организациях лечебно-профилактического профиля. Данная помощь организована за счет средств из бюджета страны, правовое регулирование данного страхования закреплено в Федеральном законе "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ. Несмотря на то, что за последние 11 лет, существенных изменений не произошло в законе, Банком России в 2017 году, был опубликован доклад, дальнейшее развитие он не получил, но несмотря на это там было много сказано о том как будет финансироваться данная отрасль права и кто в случае ошибок будет нести убытки.» [27]

2. Платная. Эта же услуга предоставляется только при заключении договора на оказание любого медицинского вмешательства в здоровье пациента, имеет только платную основу. Платить может непосредственно любой субъект государства, иностранный гражданин или любая страховая организация после заключения соответствующего договора. Последний вид страхования называется добровольное медицинское страхование (ДМС), данный вид оказания услуг распространён в организациях где работодатель обеспокоен здоровьем сотрудников. Регулируются данные отношения ФЗ от 21.11.2011 № 323 согласно которому любая медицинская услуга связана с потребностью ее оплаты [7]. Оказание платных медицинских услуг лечебно-профилактическими учреждениями осуществляется в рамках Гражданского и Бюджетного кодексов в соответствии с постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими

учреждениями» [6]. Невзирая на информацию выше следует отметить, что все бюджетные муниципальные ЛПУ зависят только от бюджетного фонда, у них есть право оказывать и платные услуги в рамках ГК РФ и БК РФ, а также в ряде других нормативных актов, включая утверждаемые ежегодно законы о федеральном бюджете [[5]. ст. 42, 50, 161, 232, 254; [6], ст.254].

В рамках медицинской помощи должно быть оказано следующее:

- мероприятия снижающие уровень смерти младенцев, а также увеличивающие продолжительность их жизни;
- доступность лечения в местах лишения свободы граждан;
- искоренение и профилактику заболеваний связанных с профессиональными факторами.

К основополагающим предпосылкам здоровья относятся:

- улучшение окружающей среды, в том числе запрет на использование или испытание оружие ядерного профиля;
- наличие в местах лишения свободы граждан приемлемых санитарных условий и средств поддержания личной гигиены;
- доступность продовольствия и должного уровня пищи;
- доступность любой информации связанной со здоровьем;
- организация гигиены труда в промышленном плане, профилактика, лечение и надзор за профессиональными заболеваниями;
- защита психического здоровья от пребывания в тюрьме;
- организация мер по искоренению вредных обычаев;
- меры по предотвращению аборт, за исключением случаев предусмотренных медицинскими показаниями.

Рассматриваемая нами тема получила определённое освещение в научной литературе, в частности хочу отметить Трошкиной О.Н. «Актуальные проблемы защиты прав пациентов в условиях глобализации» где затронута тема области защиты прав пациентов в Российской Федерации, представлен

обзор защиты прав пациентов, произведен анализ доминирующих перспектив защиты прав пациентов [Трошкина, с 1-11]. Раскрывая данную тему, нельзя не упомянуть работу Тимчишена Ю.Е. «Понятие и правовой статус пациента как субъекта правоотношений по оказанию медицинских услуг» [Тимчишена, с 104-110]. В данной статье уклон направлен на трактовку, осмысление сущности и правового положения пациента как участника обязательств по оказанию медицинских услуг.

Объектом данной работы является способы защиты прав пациентов в сфере оказания медицинских услуг.

Предметом – выявление основных средств защиты прав и анализ их особенностей применительно к российским условиям.

Целью данной работы является анализ историко-правовых и современных аспектов способов защиты прав пациентов.

При подготовке текста нами использовались: аналитический, системный, сравнительный, ретроспективный, статистический методы исследования.

Цель достигается путем решения следующих задач:

1. Изучить теоретические особенности данной темы, раскрыть суть всех основных понятий, связанных с защитой прав пациентов. Раскрыть понятие пациент, определить его правовой статус в системе оказания и потребления медицинских услуг.
2. Исследовать и проанализировать проблемы, связанные с защитой прав пациентов в исторической ретроспективе развития здравоохранения в России.
3. Проанализировать современные аспекты защиты прав пациентов, рассмотреть современное законодательство в сфере защиты прав пациентов, выявить существующие проблемы, найти пути их решения

нынешних проблем, изложить свою позицию по улучшению нынешних механизмов защиты прав пациентов.

Научная новизна исследования заключается в том, что на основе широкого круга источников, литературы и практики в диссертации предпринимается попытка создать более улучшенную систему защиты прав пациентов в сфере оказания им медицинских услуг независимо от статуса, дороговизны, а также престижности самой услуги или лечебно-профильного учреждения. Так-же в работе нами представлены предложения по улучшению качества и усовершенствованию действующего законодательства, регулирующего защиту прав пациентов.

Источниковую базу исследования составляют две группы правовых актов и документов: юридические и медицинские. К юридическим относятся Конституция Российской Федерации [4], Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [9], Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [7] и Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [13], Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» [7], и т.д.

Апробация темы. Материалы диссертации использовались при подготовке докладов и рефератов при изучении юридических дисциплин, во время студенческих дискуссий, а также в практической работе при выполнении служебных обязанностей заместителя руководителя юридического отдела ООО «Юридическая компания «СПП».

Структура работы. Включает введение, две главы, каждая из которых подразделяется на параграфы, заключение и список источников.

Глава первая носит название «Правовые основы защиты прав пациентов в сфере здравоохранения». В рамках данной главы выделены

следующие параграфы: Понятие «пациент», его права и обязанности; Защита прав пациентов в России в исторической ретроспективе.

Первый параграф раскрывает саму суть понятия «пациент», какие у него имеются права, защищающие его в сфере нормативно правовых актов, а также обязанности перед государственным аппаратом.

Второй параграф излагает историческую панораму защиты прав пациентов в России, затрагивая имперскую Россию, СССР и Российскую Федерацию.

Вторая глава называется «Проблемные аспекты защиты прав пациентов». Глава подразделяется на следующие параграфы: Состояние и проблемы современного законодательства о правах пациентов; Механизмы защиты прав потребителей медицинских услуг.

Первый параграф рассчитан на анализ и выявление нынешних проблем законодательства к правам пациентов, их разбор и частичная, теоретическая, ликвидация упущений в этом вопросе.

Второй параграф повествует о современных способах защиты потребителей медицинских услуг, досудебных и судебных, какие государственные и негосударственные структуры на данный момент занимаются защитой пациентов.

ГЛАВА 1. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ В РОССИИ В ИСТОРИЧЕСКОЙ РЕТРОСПЕКТИВЕ

1.1. ПОНЯТИЕ «ПАЦИЕНТ», ЕГО ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

Для того что бы детально раскрыть содержание понятия «пациент», необходимо сформулировать определение, которое бы соответствовало (семантики) требованиям как юридической, так и медицинского профиля.

Согласно «Словарю медицинских терминов», пациент (лат. *patiens* страдающий, от *pati* претерпевать, страдать) — лицо, которому оказывают медицинскую помощь [28]. К данной категории относятся больные, люди с ограниченными возможностями, дети, а также здоровые граждане, которых объединяет одно: расхождение с нормой здоровья организма живого существа. Здоровье- это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Следовательно, можно предположить, что, если отсутствует какое-либо нарушение функций организма, физического, психологического и социального, то человека нельзя считать пациентом, но как быть тогда, быть по отношению к беременным женщинам? С медицинской точки зрения данная категория лиц полностью здорова, функции организма не нарушены, психологический аспект, закрепленный в историческом плане эволюции исключает предположение «не нормы», это действие направлено на репродукцию и пополнение популяции, в социальном плане все льготы направлены на поддержание и улучшению качества жизни женщин в этом вопросе. Да, они полностью здоровы, но тем не менее являются пациентами, так как они получают медицинскую помощь в специализируемых учреждениях по сопровождению женщин, находящихся в положении.

Термин «пациент» рассматривается в гражданском законодательстве Российской Федерации достаточно широко.

Под пациентом Федеральный закон № 323-ФЗ понимает физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния[8].

Относительно данного заключения можно сделать несколько выводов:

- Пациент является исключительно физическим лицом.
- Получить медицинскую помощь можно не имея гражданства.
- Получить квалифицированную медицинскую помощь может лицо, которое не только само за ней обратилось, но и в случае того, когда пациент не может самостоятельно заявить о ее необходимости.
- Физическое лицо может иметь заболевание или же не иметь его.
- Статус здоровья в данном определении размыт.

Это можно резюмировать следующим образом: Пациент - это физическое лицо, которое обращалось за медицинской помощью или желает получить ее и, следовательно, имеет юридические отношения с врачом, а так же что не все пациенты являются гражданами государства.

«Patiens» с латинского языка переводится как «терпящий», «страдающий». Причем, мы можем наблюдать, как со временем поменялась правовая норма в законодательстве России, ибо «пациент» сейчас олицетворяет не только человека, который испытывает какую-либо боль (физического, психического или социального характера), но и субъекта, обращающегося за медицинской услугой без объективных жалоб на состояние своего здоровья. Также пациент имеет возможность обратиться за медицинской помощью без наличия или отсутствия у него гражданства РФ. В данном случае мы видим социальную ориентированность нашего государства в целом.

«Пациенты» переводятся с латыни как «страдание», «страдающий». Кроме того, мы можем наблюдать, как российское законодательство менялось с течением времени, поскольку «пациент» теперь персонализирует не только человека, страдающего от физической, психологической или социальной боли, но и при отсутствии объективных жалоб человека на здоровье. У пациента также есть возможность получить медицинскую помощь, не имея российского гражданства. В этом случае мы видим социальную направленность всего государства.

Следует отметить, что в действующем законодательстве РФ на законодательном уровне есть и другие определения термина «пациент», изучение

которых свидетельствует о необходимости корректировки понятия на законодательном уровне, содержащегося в основном Федеральном законе.

В качестве примеров можно назвать различные статьи:

Так что в статье № «Использование вспомогательных репродуктивных технологий» заменяет термин «пациент» на «лечение бесплодия, при котором некоторые или все стадии зачатия и раннего эмбрионального развития проводятся вне тела матери» фактически, женщина, которая испытывает проблемы в репродуктивном плане тоже пациент, но функции ее организма не всегда нарушены, так же, как и у нее потенциального партнера по зачатию ребенка. В статье № «Типовые правила обязательного страхования жизни и здоровья пациента, участвующего в клинических испытаниях лекарственного средства», пациентом является лицо, добровольно согласившееся на участие в клинических испытаниях, проводимых организацией, подтвержденное подписью или подписью вашего законного представителя на листе информированного согласия. В статье № «Технические требования и процедуры испытаний для автомобилей скорой помощи» определяют пациента, которому оказывается неотложная помощь, или как пациента, который находится в непосредственной или вероятной смертельной опасности из-за болезни, травмы или возможной смерти, а так же другие причины, требующие неотложной медицинской помощи и / или наблюдения или транспортировки в медицинское учреждение. В статье № Методических рекомендациях «Алгоритм взаимодействия участников системы фармаконадзора по выявлению и работе со спонтанными сообщениями» идентифицирует пациента, как человека, в отношении которого имеются сведения о его инициалах, идентификационном номере (например, у участников клинических исследований, номере истории болезни и т.д.), дате рождения, возрасту, возрастной группе или полу...».

Логично, что эти формулировки пациентов имеют четкую значение для выбранной категории: идентификация репродуктивной проблемы, обязательное медицинское страхование, неотложная медицинская помощь, фармацевтическая

помощь и т. д. В то же время они выражают использование медицинской терминологии как важный показатель для определения статуса пациента.

Во времена основ законодательства СССР и союзных республик 1969 года можно было установить другое обозначение термина «пациент», которое характеризовало попытки специалистов в области медицины описать как можно больше вариантов, оказания помощи различным лицам в сфере здравоохранения. Например, в энциклопедических медицинских терминах того времени они содержат следующее определение «пациент»: «Пациент - это лицо, которому оказывает медицинское лечение» [28,]. «Декларация прав пациентов в Европе», характеризует физическое и психологическое состояние пациента, дает новое определение термина «пациент» следующим образом: здоровый или больной потребитель медицинских услуг.

Неодинаковые трактовки понятия «пациент» даются и в научно-исследовательской литературе, например, в своей работе Г. Р. Колоколов и Н. И. Махонько дают такое определение термина: «Пациент - лицо, обратившееся в лечебное учреждение любой организационно-правовой формы, к врачу частной практики за получением диагностической, лечебной, профилактической помощи независимо от того, болен он или здоров» [Колоколов, с. 85-88]. А. Н. Пищита под пациентом считает правильным понимать «лицо, вступившее в правовые отношения с медицинскими работниками и (или) другими представителями медицинского учреждения по поводу получения медицинской помощи. Ни место оказания медицинской помощи, ни состояние здоровья человека не имеют определяющего значения» [Пищита, с.2-4].

Проанализировав специализированную медицинскую литературу и законодательство Российской Федерации, определяющее термин «пациент», можно сделать вывод, что пациент является многомерной правовой категорией, поскольку существует множество различных медицинских и правовых отношений с участием физических лиц данной категории.

Физические лица, в свою очередь, могут выступать пациентами как для решения вопроса об оказании медицинской помощи, так и для участия в

клинических исследованиях лекарственных препаратов, быть донором и участвовать в регулировании процесса репродукции, получая экстренно медицинскую помощь, вакцинироваться.

Как было сказано ранее физические лица (пациенты) могут быть вовлечены в взаимоотношения с ЛПУ по разным вопросам, в этом числе и для получения помощи медицинского характера, могут быть участниками в исследованиях проводимых для улучшения или создания лекарственных препаратов, на добровольно основе жертвовать кровью, органами или оказывать помощь в процессах искусственной репродукции (доноры), в экстренном порядке получать медицинскую помощь любого рода, проходить вакцинации, как в плановом порядке, так и экстренном, но только на добровольной основе. Пациенты как физические лица независимо от ситуации со здоровьем имеют право на получение стационарной или амбулаторной помощи, данное право закреплено на федеральном уровне и регулируется законодательством РФ, а так же лечебно-профильными учреждениями.

Для получения любой специализированной помощи (кроме экстренной) пациент реализует это право только после того как вступит в отношения медико-правового характера и здесь нет разницы как для доноров, так и для любого человека обратившегося за любой медицинской услугой. В своей работе А. С. Концевенко, провел исследования, где сравнивал различия биомедицинских исследований на правовом уровне, так же он проанализировал, каким образом введение новых биотехнологий в Европейском Союзе и Российской Федерации может повлиять на становление нового правового статуса пациента на законодательном уровне не только в нашей стране, но и во всей структуре здравоохранения в мире [Концевенко, с.119-122]. Так же рассмотрел целый ряд современных проблем, которые затрагивают финансовая составляющая полученная при не законном изменении человеческого генома [Концевенко, с.119-122]. В связи с этим считаем резонным включать в понятие пациент и те формулировки, когда человек проходит этапы клинических экспериментов.

В работе упоминалось, что человек при обращении за медицинской услугой может быть полностью здоровым физически, тогда как его с психологической точки не устраивает то или иное в его организме, данный субъект будет строго убежден, что при получении желаемого им результата будет, не только улучшен эмоциональный фон, но и поднимется уровень здоровья во всем организме. Как бы то ни было, данные люди тоже являются пациентами в полном объеме своих прав. Делая промежуточный вывод можно резюмировать, что любое взаимоотношение гражданина и ЛПУ будет расцениваться как оказание квалифицированной медицинской помощи, а это значит, что данная категория лиц тоже являются пациентами, но нынешнее законодательство никак не регулирует область права в отношении здоровых пациентов. На основании этого вывода можно с уверенностью заявлять о том, что понятие «пациент» на федеральном уровне требует более детального правового регулирования в отношении всех групп лиц нашего государства.

Несмотря на то, что данная работа включает в себя исключительно опыт формирования данной темы только России, нельзя не отметить, что опыт зарубежных стран тоже помогает сформировать понятие «пациент», а также имеет множество основ в зависимости от документа и ситуации в целом. Одним из ярких примеров можно привести Билль о правах пациентов США от 1999 года, в данном документе есть весьма раскрытое определение термина «пациент», которое охватывает основы получения медицинской помощи, на разных этапах ее оказания, как на стационарном, так и амбулаторном уровне, а так же неотложном. Нелогичность данного документа заключается в том, что при всем своем увесистом заключении, игнорированы права малой группы лиц, которые обратились за помощью в целях получения заключения (справки) о нынешнем состоянии здоровья [Бякишев, с. 546-547].

Подводя предварительный итог, можно с уверенностью сказать что формировать законодательство в сфере здравоохранения весьма сложно, нужно учитывать множество критериев для регулирования всех возможных отношений субъекта и медицинских организаций. Даже опыт зарубежных специалистов не

дает ясности в точности понятия «пациент», в любом из определений, представленных в работе есть упущения, которые могут не подходить под ту или иную группу лиц. Сама проблема трактовки несет в себе проблему не только правового статуса пациентов, но и весьма значительную проблему в судебной системе, так как на основании данного утверждения, будут выноситься и оспариваться решения судей. Беря на себя ответственность можно попробовать сформировать самостоятельное понятие, которое будет охватывать все области права, и регулировать большинство (а лучше все) взаимоотношения медицинских работников по отношению к гражданам получающие медицинскую услугу. Пациент – это исключительно физическое лицо, имеющее личное (не имущественное) право на реализацию и получение любой медицинской помощи с целью улучшения состояния здоровья физического или психологического характера. Вступающее в правовые взаимоотношения с медицинской организацией, являясь при этом потребителем медицинской услуги.

В отношении обязанностей пациентов тоже немало подводных камней, которые, с одной стороны, встают на защиту прав потребителей (пациентов) с другой - защищают права медицинских сотрудников. Так в Федеральном законе "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ есть целый ряд обязанностей пациентов, которые каждый из потребителей медицинских услуг обязан соблюдать:

- принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья.

Несомненно, профилактика, это лучший вид лечения, если человек не заболит его не нужно будет лечить. Данная обязанность распространяется к наибольшему числу населения, но здесь есть и те лица, которые в угоду разным факторам не могут себе этого позволить. К числу этих лиц можно отнести людей, работающих в опасных условиях труда. Разделяют четыре фактора опасных условий труда:

Факторы физического характера- это любое производство, связанное с механизированными системам, которые затрагивают как создание, так и разрушение отдельных видов услуг. Любое загрязнение воздуха с покрытием воздуха в рабочей зоне и вне ее.

Факторы химического характера- любое производство или область работы, в условия которой может входить воздействие на организм веществ: токсического; раздражающего; сенсibiliзирующего; канцерогенного; мутагенного типов, влияющих на репродуктивную функцию организма.

Факторы биологического характера- любой вид работы в условия которой могут входить проникновение в организм патогенной микрофлоры (бактерии, вирусы и т.п.).

Факторы психологического характера- любой вид физической, нервно-психической, а так же эмоциональной перегрузки.

Из информации, указанной выше, данные люди уже нарушают этот пункт, так как, находясь в таких условиях труда, человек вынуждено нарушает функции организма, единственным выходом является смена места работы, на более щадящий ее режим, но не всегда есть такая возможность.

- своевременно обращаться за медицинской помощью. Несомненно, каждый человек при появлении любого недомогания, сопровождающегося нарушением функции организма, хоть и незначительным, должен обратиться за специализированной помощью. Но на практике есть целый ряд причин, которые могут ему помешать это сделать: отсутствие ЛПУ в месте нахождения самого пациента; психологический фактор (боязнь врачей); физический фактор (состояние самого человека может быть критическим и он не сможет прийти за помощью); социальный фактор (у некоторых народов, проживающих на территории Российской Федерации, не принято ходить к врачам, следовательно, лечением занимаются шаманы и т.д.). В данный фактор также включены и некоторые религии, которые намеренно отрицают любой вид помощи медицинского характера.

- уважительно относиться к медицинским работникам и другим лицам, участвующим в оказании медицинской помощи. Данный пункт очень сложно оспорить, так как на территории Российской Федерации помимо конституционных основ в области защиты прав личности, предусмотрена еще и административная

ответственность за оскорбление любого человека, в том числе и медицинских сотрудников. В данном пункте нет исключений.

- предоставлять лицу, оказывающему медицинскую помощь, известную ему достоверную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе о противопоказаниях к применению лекарственных средств, аллергических реакциях, ранее перенесенных и наследственных заболеваниях.

- своевременно и точно выполнять медицинские предписания. Данный пункт подчеркивает важность соблюдения всех рекомендаций врачей, которые тем или иным образом будут направлены на улучшение общего состояния здоровья пациента. Важно понимать, что и здесь есть исключения. Каждый организм человека сугубо индивидуален и нет ни одного шаблона по лечению любого заболевания, который может подойти каждому человеку, получающему лечение в России и в мире в целом. На любой препарат у человека может возникнуть аллергическая реакция или побочные действия препарата. Следовательно, в случае возникновения одного из фактора ухудшения здоровья пациент может прекратить лечение и тем самым будет вынужден послушаться рекомендаций по лечению, чтобы состояние не ухудшилось еще сильнее.

- сотрудничать с врачом на всех этапах медицинской помощи. Бесспорно, сотрудничество с лечащим врачом - это один из факторов выздоровления, который каждый пациент обязан выполнять, но как быть в тех ситуациях, когда врач/медицинский работник не идет на контакт и действует согласно инструкции, у пациента в такой ситуации нет доверия к данным лицам. Суды же в такой ситуации полностью опираются на подписанное ИДС (информированного добровольного согласия), благодаря этому документы пациенты обязаны сообщать врачу всю достоверную информацию о себе, о своем здоровье и об его изменении, выполнять все предписания врача, т.е. действовать добросовестно. Нарушение требований ИДС суды в большинстве случаев выносят решение на основании того, что пациент сам нарушал обязательства по сделке. Об этом говорит ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ГК РФ,[5, ст. 153, 307-310, 401, 9, ст.20].

- предоставлять медицинскому работнику, оказывающему медицинскую помощь, известную ему достоверную информацию о состоянии своего здоровья (здоровья его ребенка), в том числе о противопоказаниях к применению лекарственных средств, ранее перенесенных и наследственных заболеваниях.
- оплачивать все платные услуги, оказываемые пациенту. Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденные постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 обязывают оплачивать все платные процедуры, которые были оказаны в стенах ЛПУ. Это требование распространяется также и на людей, не имеющих гражданство РФ. ЛПУ вправе требовать возмещения пациентом фактически понесенных затрат.
- соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов. Здесь проблема заключается не в том, что пациенты не следуют плану внутреннего распорядка, а в том, данные правила не доносятся должным образом до людей и приходя в ЛПУ, пациент неосознанно может выполнить то или иное действие, которое будет идти в разрез с правилами внутреннего распорядка. Неисполнение таких требований после ознакомления с ними суды рассматривают как нарушение пациентом обязательств по сделке [5, ст. 153, 307–310, 401]. Одним из частных случаев этих правил является обязательство пациента покинуть ЛПУ (выписаться) в связи с достижением результата лечения. В отношении недееспособных пациентов эта обязанность возлагается на их попечителей, зачастую они же являются опекунами или имеют родственный характер. При этом медицинское учреждение вправе обратиться в силовые структуры для транспортировки пациента к месту его жительства или в органы социальной защиты для временного размещения в интернате, пока адрес не будет обнаружен и в поликлинику — с сообщением об организации курирования этого пациента (п. 2 ч. 1 ст. 12 Федерального закона «О полиции», ст. 14 Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»).
- бережно обращаться с оборудованием и инвентарем учреждения, за порчу мебели и оборудования по вине пациентов, последние несут материальную

ответственность. К любому имуществу, в том числе и больничному нужно относиться всегда бережно, независимо от того услуга оказывается «платно» или по полюсу ОМС. Но следует понимать, что есть больные с разными нарушениями, в силу обстоятельств пациент может его повредить ненамеренно, в этом случае любое медицинское оборудование должно быть застраховано, есть разные ситуации, при которых пациент не несет материальной ответственности и возмещать ущерб в данной ситуации будет ЛПУ или организация, в которой данное оборудование застраховано.

- во время пребывания в стационарном отделении ЛПУ пациент обязан принимать при передачах исключительно те продукты которые были ему назначены, на любом продукте в обязательно порядке должна быть маркировка срока годности. Данный пункт может быть оспорен в случае того, когда врач не предупредил о выбранной диете, тем самым ввел пациента в заблуждение.

- соблюдение правил личной гигиены относятся ко всем людям пребывающих на лечении в стационаре.

- если допускает состояние здоровья, самостоятельно убирать и содержать в чистоте и порядке свою кровать и тумбочку.

- поддерживать чистоту и порядок в палатах и местах общего пользования. Мусор, использованные средства личной гигиены незамедлительно перемещать (выбрасывать) в специальные баки.

- не нарушать тишину в палатах и коридорах стационара. В данном вопросе обязательства пациентов перед ЛПУ состоят в том, что должны быть соблюдены правила, которые указаны в правилах внутреннего распорядка. Как таковой ответственности никто не несет за не соблюдение данного пункта, но в медицинско- профильном учреждении могут вписать в строку: «Отметки о нарушении режима» листа нетрудоспособности коды с 23 по 28. В этом случае величина выплат по такому больничному листу не будет превышать величину МРОТ на период этих выплат, что следует из требований п. 58 Порядка выдачи листков нетрудоспособности, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н, ст. 8 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ

«Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

- соблюдать санитарно-гигиенические нормы (вход в поликлинические отделения в сменной обуви или бахилах, верхнюю одежду оставлять в гардеробе).
- соблюдать правила запрета курения в медицинских учреждениях.

Это основные обязанности пациентов, в соответствии с правилами внутреннего распорядка, определенного ЛПУ, могут быть изменены. Пациентам важно знать, что за нарушение этих правил предусмотрена ответственность, несмотря на то, что часто и косвенная. Так, пациенты равнодушные к своему здоровью (а через него — и к здоровью окружающих его людей) могут быть привлечены к ответственности (как пример, курение в неположенном месте согласно нормам Федерального закона от 23.02.2013 № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»). В случае отказа проходить медицинские осмотры, так же обследования и лечение работодатель вправе не допустить (отстранить) данного сотрудника к работе, в этом случае санкции будут затрагивать не только заработную плату за пропущенный период, но и увольнение данного сотрудника в связи с неисполнением его трудовых обязательств.

Лечить заболевания, представляющие опасность для окружающих, а также от инфекционного заболевания (ст. 33 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»), твердо требует закон. За неисполнение этих требований контролирующие ситуацию органы могут применить меры вплоть до принудительной госпитализации. Об этом говорит п. 1 ст. 33 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Это возможно, как по инициативе главных санитарных врачей (пп. 6 п. 1 ст. 51 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения») так и на основании решения суда, с привлечением силовых структур для доставления таких пациентов в стационар (п. 2, 35 ч. 1 ст. 12 Федерального закона от 07.02.2011 № 3-ФЗ «О полиции»).

Права и обязанности пациентов неразрывно связаны между собой, пациент имеет право на ряд предоставленных ему законом прав, но в тоже время имеет обязательства и перед ЛПУ. С уверенностью нельзя сказать, что какой-то из этих разделов лучше урегулирован с точки зрения закона, но обязанности, очень часто бывают юридически сильнее, чем права, на ту или иную услугу.

1.2. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ В ДОВОРЕВОЛЮЦИОННОЙ И СОВЕТСКОЙ РОССИИ

История защиты прав пациента в России связана с развитием учреждений здравоохранения и правовой регламентацией медицинской деятельности. Данные учреждения возникли около 400 лет назад и по сей день имеют огромный потенциал в плане развития и организации медицинской помощи. В разные эпохи становления России как государства принимались НПА, которые постепенно углублялись в правовое регулирование медицинской деятельности. Следует отметить, что четыре столетия назад никто не задумывался о таком термине как «права пациентов» и впервые этот термин мы можем наблюдать только в XX веке. До XX века стояли более значимые вопросы. Для начала власть хотела наладить медицинскую помощь населению, в первую очередь решая проблемы по нехватке кадров медицинского профиля. Следующий вопрос, это «где» оказывать эту помощь, больниц еще не существовало.

В 996 году, Владимир Святославович воплотил в жизнь один из первых источников российского права, в котором были затронуты принципы организации первой медицины, назывался данный документ – «Церковный устав», в данном мануале впервые был впервые утвержден статус больниц, на тот момент они являлись учреждениями церкви и находились под контролем епископа. Финансирование этих учреждений было возложено на налог (десятину), им распоряжалась непосредственно руководство монастырей, в то время как сама медицинская помощь оказывалась полностью бесплатно, под эгидой «божьей» помощи. Именно этот документ внес ясность и ввел основные принципы в области благотворительности и модницы, важно отметить, что эти принципы были актуальны вплоть до 18 века [18, с.25].

В то время (13 век) медицинская помощь в России была только на начальном этапе своего формирования, стала сильная потребность в профессиональных кадрах (врачах), на помощь пришли иностранные врачи преимущественно из Греции, связано это было с тем, что во внешней политике произошли кардинальные изменения, Иване 3 женился на Софье Палеолог [17].

Следующие значительные изменения последовали при «Боярском приговоре» именно с этого документа медицина могла быть регламентирована правом, так же в 1497 году был написан «Судебник», оба этих документа были связаны в области медицины, помимо основных принципов, они включали в себя самое основное наказание за врачебные ошибки. До появления «Аптекарского указа» (за 12 лет до этого) его заменяла «Аптекарская палата», «Аптекарский указ» занимался регулированием только светской медициной, и был направлен на структуру медицинских сотрудников по всей территории России.

Свою особую значимость «Аптекарский указ» проявлял на врачей и аптекарей, находящихся в его ведении, он полностью организовывал их работу. Так же в его ведении находилась организация экзаменов для разрешений оказывать медицинскую деятельность. Благодаря этому документу изменилась реформа военно-медицинской службы, хоть медицинские работники всегда были востребованы в армии, но только в 1560 годов были в обязательном порядке приписаны лекари к каждому полку. Были реализованы первые «врачебные свидетельства», т.е. патологоанатомические экспертизы для определения причины утраты здоровья. Важно отметить, что «Аптекарский указ» был преимущественно для знати, в то время как проблемами низших слоев общества в сфере медицины занимался «Монастырский указ».

Первыми источниками нормативно-правовой базы в сфере медицинских услуг принято считать следующие: «Церковный Устав» Владимира Святославовича, регламентирующий вопросы лечения в монастырских больницах; «Русскую Правду» Ярослава Мудрого, давшую начало институту возмездного оказания медицинских услуг; Соборное уложение 1649 г., предусматривавшее ответственность за ненадлежащее оказание медицинской помощи. В период правления Петра I происходило становление механизма правового регулирования медицинской деятельности в России [18, с. 25].

На пути создания целостного регламента медицинской структуры в системе медицинских учреждений Петр I утвердил целый ряд юридических

документов, которые уже можно было позиционировать как механизм правовой регуляции медицинской структуры. Основные документы:

- В 1686 и 1700 годах были утверждены указы в рамках «Боярского приговора» в отношении медицинской науки и последствиям ее неблагоприятного исхода. Данный документ занимался повинностью медиков, чьи действия тем или иным образом повлияли на здоровье пациента, а так же и те случаи, когда действия врача приводили смерти больного.
- Спустя 16 лет, в исполнение был введен «Воинский устав», данный документ полностью внес ясность в реглали и статус понятий: доктор (специалист с зарубежным дипломом), лекарь (специалист отечественного профиля обучения), подлекарь (медицинский работник среднего профиля). Помимо юридической грамотности трактовки определений степеней медицинского персонала, данный документ основал первую государственную (бюджетную) помощь во всей армии. Под началом НПА работали все госпитали, специалисты медицинского профиля.
- Следующий документ, который занимался регулированием медицинской деятельности, был утвержден в 1720 году. Интересны для нас составляют только один артикул, в нем впервые были применены меры профилактического характера, которые затрагивали всех больных предрасположенных к инфекциям (в ситу факторов их проживания или профессиональных факторов); весь артикул повествовал о мерах регулирования эпидемиологической ситуации, на водных просторах, в последствии данным документом стали руководствоваться и на суши. Следующий пункт затрагивал уже более узкий круг специалистов врачебного профиля водных судах и при военных действиях, отмечая особую ценность данных кадров.

До середины 19 века все документы, которые регулировали медицинскую сферу были раздроблены по указам, как раньше было освещено в работе. В свою очередь это очень пагубно влияло на целостность самой системы права в данной отрасли. Только спустя 140 лет появился первый документ (Врачебный устав 1857 года), который смог включить в себя все уже имеющиеся основы, при этом добавив к ним современные правовые законности, которые в последствии перешли в более современные основы. Так как до этого момента не существовало подобного документа, который полностью контролирует нормативно-правовую составляющую этой сферы, он был разделен на 3 книги, каждая из которых в свою очередь давала уже четкое представление о той структуре, которая в ней была описана. [Лесневич, с.8-9]

Первый мануал включал в себя все основы, связанные с лечебно-профильными учреждениями России, а также само регулирование деятельности всех кадров медицинской направленности. К данным лицам относились, как и сами врачи, так и различные народные целители по типу повивальных бабок (повитух). Не осталась в стороне аптекарская деятельность, ветеринарная структура. Данный документ полностью стал контролировать все структуры, которые были связаны с оборотом медицинской деятельности, начиная от вольнопрактикующих врачей и заканчивая зубными врачевателями при дворах.

Второй документ был больше нацелен на профилактику и здоровье населения, а также давал больше представлений об экологии. Исключительный тот факт, что к моменту утверждения этого документа, полицейские перестали относиться к псарням и конюшням халатно, так как в данном законе были утверждены меры по профилактике заболеваний связанных с заражениями животных в полицейских рядах. Теперь нельзя было без разрешения продавать или осуществлять иной оборот, связанный с сильнодействующими грибами или травами, так как и этот пункт был в нем прописан.

Третий документ регулировал все вопросы, связанные с судебной экспертизой. К данной области относилась эксгумация тел, проведение

патологоанатомических вскрытий, вынесение заключений о причине или же следствии смерти.

Врачебный Устав оставался актуальным документам вплоть до революции 1917 года. За 60 лет существования этого документа, было внесено несколько поправок, которые незначительным образом повлияли на сам документ.

Система здравоохранения в СССР была одной из самых выдающихся достижений советского народа, особенно по меркам того времени. Сам В.И. Ленин ставил задачи, которые они должны были реализовать в области охраны здоровья, данные задачи были отражены в первой Программе РСДРП (1903года). Одними из самых ярких примеров этой программы были следующие пункты: запрещен детский труд, установлен 8-ми часовой рабочий день, был установлен санитарный надзор на производстве, Советская власть поставила себе задачу заботиться о здоровье своего народа. Концепция советской власти в данном вопросе включала в себя некие основы, благодаря которым и получилось все воплотить в свет. Здоровый человек- всегда работает в полную силу и полную смену, что непременно влечет за собой увеличение объемов производства; безвозмездность- если в обществе нет классового неравенства во всех остальных структурах, то и в вопросе получения медицинской помощи его тоже должно не быть, это полностью решало вопрос как доступности, так и доверия людей. Квалификация- образование в СССР было настолько сильным, что на момент выхода студента из стен академий, они были готовы полностью взять на себя лечение и курацию пациентов, независимо от того, где нужно было работать и куда надо ехать. Все это было реализовано в тот момент истории Советского союза, когда само государство еще только начинало подниматься, тем не менее за 68 полных лет, они смогли добиться того, что и за сотни лет не смогли достичь их предшественники. Концепция медицинского обеспечения основывалась на 3х принципах: бесплатность и общедоступность медицинских услуг, уделено большое внимание профилактическим мероприятиям. Политика Советского государства в области здравоохранения была сформулирована во 2-й Программе РКП(б), принятой на 8-м съезде в 1919г. [24].

В советский период истории страны область здравоохранения регулировалась государством через различные нормативные документы (например, через Декрет от 10 апреля 1919 г. «О мерах борьбы с эпидемиями» Декрет ВЦИК и СНК РСФСР от 01 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников [19], Инструкцию НКЗ, НКВД, НКТ и ВЦСПС от 11 марта 1926 г. «О порядке и правилах оказания первой неотложной медицинской помощи», Закон СССР «Об утверждении основ законодательства Союза ССР» 1969 г. и др.) [26].

Дальнейшие принципы советского здравоохранения были развиты в программе КПСС, принятой на 22-м съезде ком партии в 1961 году [27].

Некоторые постановления ЦК КПСС и Советского правительства были посвящены исключительно здравоохранению и медицинским наукам. С одобрения Верховного Суда СССР в 1969 г. на правовых основах Союза Здравоохранения СССР и Республик были установлены принципы и формы оказания медицинской помощи: безвозмездность, всеобщий доступ, квалификация должного уровня специалистов на все слои населения, профилактика всех заболеваний, а не выбранных категорий, охрана материнства и детства, санитарные и эпидемиологические службы

Все, о чем было сказано выше, досоветская Россия не могла похвастаться явным успехом в этих направлениях развития медицины. Связано это с несколькими факторами: первый и самый основной, это то, что до 1920 го года вся основная медицинская «сила» была сосредоточена исключительно в крупных городах, в глубинках людей лечили только представители народной медицины; другая проблема менее актуальна, но все же имеет место быть. Лекарь (врач) очень престижная профессия, особенно когда образование было получено в зарубежных медицинских институтах, и разминивать свою жизнь на больных из удаленных участков стран никто не хотел, следовательно в редких случаях подобные специалисты бывали в подобных регионах.

Развитие законодательства в сфере защиты прав пациентов характеризовалось ведомственным характером. В советском законодательстве

понятие «права пациента» полностью отсутствовало, четко было закреплено лишь право на получение бесплатной квалифицированной медицинской помощи. Правовое регулирование оказания медицинской помощи в советский период осуществлялось исключительно в рамках административного поля; законодательных предписаний, регулирующих данные взаимоотношения, не существовало. Правовая защита пациентов исключалась в силу действия норм административно-правового характера, регулирующих данные общественные отношения.

Все предпосылки дальнейшего развития системы здравоохранения были обречены в связи с распадом СССР, возможно в будущем власть смогла бы убрать все неточности законодательства, но увы, да нашего времени это не дошло. Основываясь на небольшом исследовании, смею сделать вывод о том, что несмотря на все то, что положительное несла в себе система здравоохранения СССР, она имела весьма весомые проблемы, как самое основное: полное отсутствие прав пациентов. Да, помощь была оказана, всегда бесплатно, но права пациентов никто не учитывал, а права основывались только на общечеловеческих принципах и законом никак не регулировались. Следующий не маловажный пункт это вся юридическая заинтересованность регулировалась только по административному праву, без исключений.

ГЛАВА 2. ПРОБЛЕМНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

2.1. СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ПРАВАХ ПАЦИЕНТОВ

После распада советского союза, осталась система здравоохранение, которая была приспособлена только под социалистическую систему государства. Безусловно, здесь можно было выделить ряд положительных моментов, это мы и сделали в прошлой главе, но, невзирая на это, система требовала срочного перереформирования. Связано это было напрямую с тем, что данная система не соответствовала современному рынку медицинского центра, в ней отсутствовали любые платные услуги, а также не было никакого механизма защиты прав пациентов в угоду отсутствия закреплённого этого термина на законодательном уровне. Это и стало веской причиной для принятия НПА, которые укрепляли права пациентов, регламентировали основы оказания возмездных услуг. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» принятый 22.06.1993 года являлся основным НПА регулирующий весь оборот медицины в стране. Благодаря этому документу многие моменты, которые в законодательной базе СССР не были освещены, здесь они стали вынужденными основами регулирующий медицинскую деятельность. Одним из самых основных это впервые в истории России были узаконены права пациентов при получении медицинских услуг. С развитием платной основы в здравоохранении появилась необходимость в компенсации морального (или физического) ущерба пациентам, если медицинская услуга, была оказана не качественно. В данном законе появилась возможность обжаловать все решения государственной власти в системе здравоохранения. Все эти и многие другие нормы помогли поднять уровень качества всей отрасли в целом, смогли частично решить проблему с правами пациентов, а также смогли начать регулировать органы государственной власти через обжалование их решений и введение новой судебной практики.

Конечно, опыт предыдущих этапов становление полноценной системы здравоохранения России, помог сформировать нынешнюю систему право со всеми ее положительными и отрицательными моментами. Сейчас в 21 веке вопрос

качества медицинских услуг стоит очень остро, люди перестали мириться со многими моментами, которые их не устраивали даже в случае обращения по полюсу ОМС. Появился огромный опыт частной практики врачей в компаниях не государственного уровня. Данная категория помощи несет в себе закономерности, которые в конечном итоге имеют отражение в бюджетных организациях, тем самым улучшая качество оказываемой там помощи. Закон, который начал вести медицинскую структуру был введен в законодательство РФ в 2011 году, назывался: 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», данный документ актуален и по сей день. С начала 2011 года, регламентация всей медицинской деятельности стала проводиться на основании 323 ФЗ, тем самым в разы упрощало доказательной базы, факта не качественно оказываемой помощи. Наряду с обвинительными моментами со стороны пациентов, медицинский персонал так же стал оказывать больше давления на пациентов, с целью ужесточить регламента выполнения своей работы, что бы защитить свои права. В четвертой главе рассматриваемого было закреплены основные права пациентов, к их перечню можно отнести: право на медицинскую помощь, выбор пациентом медицинского работника (врача) и медицинского учреждения; право на профилактику, диагностирование и лечение; отказ от медицинского вмешательства и так далее. Тот факт, что теперь появился документ в основу которого входят закрепленные права пациентов это очень хорошо, но на ряду с позитивным типом мышления, приходит и реальная позиция законодательства, а она зачастую прямым образом разница. По мнению ученых-практиков Д.А. Марченко и О.Ю. Герман, требуется разработать некий «универсальный механизм обеспечения и защиты прав пациентов, позволяющий надлежащим образом разрешать конфликты, возникающие в связи с некачественным оказанием медицинской услуги» [Марченко, Герман, с. 85-88].

Действующее законодательство о правах пациентов появилось вместе с Федеральным законом «Об основных принципах защиты здоровья граждан Российской Федерации» 23 ноября 2011 года. Федеральный закон создал правовую основу, на основании которой были внесены изменения в нормативные акты. Закон

установил основные принципы охраны здоровья. В 2021 году, по прошествии 10 лет, изменения в этого закона коснулись примерно 19 раз, однако проблемы с современным законодательством в области здравоохранения сохраняются и с каждым днем становятся все более актуальными.

Следует отметить, данный закон многосторонне регулирует правовые отношения, которые возникли в сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации, и определяет:

- правовое регулирование всей отрасли охраны прав людей получающие медицинские услуги.
- определены основополагающие принципы организации прав и обязанностей всех слоев населения.
- ответственность и полномочия органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления в сфере здравоохранения.
- Обязанности и права самих организаций здравоохранения, индивидуальных предпринимателей, других организаций, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения.
- обязанности и права медицинских работников и фармацевтических работников.

Закон устанавливает принципы одного из важнейших аспектов правового регулирования: врачебной тайны [323-ФЗ ст.3]. Хотя медицинская конфиденциальность карается очень суровыми санкциями против агента, который ее нарушает, законом предусмотрены случаи, когда информация разрешается без согласия гражданина или его законного представителя. В сфере здравоохранения созданы федеральные органы, государственные органы, округа и органы местного самоуправления субъектов Российской Федерации.

Непосредственно определены конкретные права и обязанности граждан в системе здравоохранения:

- появилось право на выбор медицинской организации и лечащего врача [323-ФЗ ст.21[3]]. В данной статье теперь на федеральном уровне закреплено, что при получении специализированной помощи в рамках полиса ОМС пациент имеет

право на выбор медицинской организации, при условии, если данная организация утверждена уполномоченном органом исполнительной власти. Что касается лечащего врача, то ситуация с ним немного индивидуальнее, пациент может выбрать любого лечащего врача, если сам врач будет согласен наблюдать данного человека.

- права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья [323-ФЗ ст.24[3]]. Данная статья предупреждает появление серьезных нарушений в здоровье у людей, которые работают в опасных и/или вредных производственных сферах. Следует отметить, что с появлением этой статьи, на федеральном уровне закрепили право создавать подразделения: здравпункт, медицинские кабинеты, кабинет врача. Урегулированы виды медицинских осмотров, порядок их проведения, диспансеризация, диспансерное и амбулаторное наблюдение.

Один из юридических отделов относится к медицинскому освидетельствованию. Включает в себя: проверку его профессиональной пригодности, освидетельствование на временную нетрудоспособность, профессиональное заболевание и медицинское обследование.

Следующая глава посвящена синтезу прав и обязанностей сотрудников фармацевтического сектора. Он также усиливает права и обязанности и накладывает ограничения на медицинские организации.

Вслед за принятием Федерального закона «Об охране здоровья граждан Российской Федерации» от 23 ноября 2011 г. был принят Закон «Об основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22 июля) был принят 1993 N 5487-1) утратил юридическую силу в дополнение к этому важнейшему РПА [24].

Помимо регулирования стандартов лечения, изменилась и подготовка самого медицинского персонала. С 01.01.2016 г. право заниматься врачебной практикой на территории Российской Федерации имеют только лица, прошедшие медицинское обучение в России в соответствии с государственными образовательными стандартами и имеющие специальную медицинскую справку. Процедура определения уровня подготовки лица со средним или средним или

высшим образованием в области фармации, позволяющая ему заниматься предписанной медицинской деятельностью в выбранной области медицины и фармации. медицинские или фармацевтические процедуры являются аккредитацией профессионального медицинского работника. Квалификация специалиста дополняет средний или университетский уровень медицинского или фармацевтического образования, а также приобретение и развитие других дополнительных профессиональных программ. Срок кредита - не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном федеральным органом. С 1 августа 2017 года последипломное медицинское и фармацевтическое обучение будет заканчиваться только при получении степени.

Если предыдущие пункты закона уже в той или иной степени были освещены в ранее принятых НПА, то на момент принятия 323 ФЗ были внесены следующие нововведения:

- Сохранение репродуктивных органов и тканей.
- Суррогатное материнство больше не несет в себе незаконного факта оказываемой услуги.
- Создан институт профессиональной аккредитации сотрудников медицинского профиля в системе здравоохранения.
- Полный медицинский осмотр организованный по договору возмездного оказания услуг.
- Соблюдение страховой гражданской ответственности.
- Соблюдайте регламента платных услуг в целях повышения качества оказываемой медицинской помощи в рамках договора.

Эти законные органы достигают своих целей, заявленных на момент утверждения. За этим исключением можно сказать, что поставленные цели не достигнуты, действующий закон не мог и не может создать современную и эффективную систему российского медицинского права. В этом смысле сложно адекватно защитить права пациентов и уладить большое количество сторон. Сразу видны значительные юридические лазейки, юридические лазейки, поверхностное закрепление прав пациентов в их соответствующих правовых положениях [323-ФЗ

ст.19,ст.5]. В этом случае некоторые правовые нормы Российской Федерации, а также международно-правовые документы, которые в большинстве случаев требуют юридического подтверждения обоснования:

- проигнорированы фундаментальные права пациентов на охрану и защиту достоинства его личности.

- Слишком мало гарантий конституционного права на бесплатную медицинскую помощь.

- Неполнота регулирования осуществления прав на получение медицинских консультаций (узкоспециализированных врачей).

Одним из значимых недостатков данного закона – является отсутствие гарантий охраны и защиты достоинства личности пациента в момент и после оказания ему медицинской специализированной помощи. В настоящем законе никак не указан термин «достоинство личности». В связи с этим, если рассмотреть возможность употребить данный термин и конкретизировать его с учетом особенностей области здравоохранения, это поспособствовало значительному улучшению нынешней ситуации в вопросе недостаточного соблюдения прав и достоинства пациентов как личности.

В этом случае лучше всего использовать жесты, и лечение пациентов не может быть гарантировано. Термин «человеческое достоинство» не определен. Однако в случае изучения и распространения к адресатам дела можно относиться так же, как и в настоящем деле.

В нынешней ситуации данный вопрос регулируют конституционные гарантии защиты человеческого достоинства [323-ФЗ ст.21], но в связи с узкой направленностью рассматриваемой темы, зачастую, этого недостаточно для качественного обеспечения защиты и охраны достоинства личности пациента при оказании медицинских услуг.

Статьи: «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» [323-ФЗ ст.80] и «Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» [323-ФЗ ст.81] по своей конкретности не имеют возможности полностью

дать детальное объяснение списка видов услуг, их объемы и формы той медицинской помощи, которая будет оказана в соответствии с ОМС (бесплатно).

В статье [323-ФЗ ст.19] указано право пациента на «получение консультаций врачей-специалистов», также, как и в [323-ФЗ ст.54], но, невзирая на то, что упоминание данного права есть в нескольких статьях, конкретных норм, которые регулируют объём, степень и пределы консультаций нигде не освещены, следовательно, возникают случаи, когда эти консультации могут быть не оказаны, а как следствие, консультация будет проведена только на платной основе, что уже нарушает пункты постановления. Статьи: «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» [323-ФЗ ст.80] и «Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» [323-ФЗ ст. 81] также не дают ответов на вопросы, рассмотренные выше.

Помимо очевидного неудобства в регулировании данных моментов, еще это обширное поле для формирования коррупциогенных факторов на основе юридических дыр федерального закона.

Как я уже осветил выше проблему отсутствия гарантий защиты и охраны достоинства личности, которые в разы способствовали формированию уверенной системы гарантий паллиативной медицинской помощи. Из-за их отсутствия, эффективность паллиативной помощи снижена.

Качество медицинской помощи рассматривается в [323-ФЗ ст.2] и трактуется данное понятие как: «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, правильность выбора профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». Сам же принцип доступности и качества медицинской помощи находится в статье 4 данного закона и является основным принципом. В статье 10 объясняет, по каким пунктам оказывается доступность и качество медицинской помощи. При всем при этом, данных норм однозначно недостаточно, чтобы сформулировать правовую основу,

точной оценки качества медицинской помощи, которая будет в себя включать до конца сформулированные критерии оценки качества, а также уточнить уровень минимально допустимого уровня помощи, которые будут давать четкие гарантии, что помощь будет оказана не ниже этого уровня. По моему мнению, данный критерий оценки будет основываться на нескольких факторах, первый - это уровень профессионализма специалиста, второй - будет заключаться непосредственно в отношении самого пациента.

Таким образом, принятый Государственной Думой 1 ноября 2011 г. и одобренный Советом Федерации 9 ноября 2011 г. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» имеет в себе ряд значительных недостатков и будет способствовать формированию условий для нарушений прав и законных интересов пациентов при оказании медицинской помощи.

Проблема некачественно оказываемой помощи пациентам всегда стояла очень остро. Но в связи со многими факторами, никогда детально не разбиралась. За последние 5 лет выросли фиксации нарушений прав пациентов на момент оказываемых медицинских услуг. Связано это с тем, что люди стали более юридически просвещенными, активно работают частные юридические организации и пациенты стали требовать в отношении себя более качественных медицинских услуг.

Проблема правового регулирования очень осложняет процесс получения качественной медицинской услуги, но неужели она кроется в этом? Конечно нет. Помимо этого в России есть ряд упущений, которые не только способствуют развитию нарушений прав, но и усугубляют и ту «неуверенную» систему права здравоохранения России.

1) Недостаточное финансирование отрасли.

В последнее время очень сложно понять принцип финансирования здравоохранения. Оно утверждается каждый год, и каждый год уменьшается, происходят это непрерывно с 2015 года. Согласно рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждое государство, позиционирующее себя развитым должно тратить не менее 6 % от общей суммы ВВП. Однако в 2021 г. в

России на здравоохранение тратится всего 1% ВВП, то есть по этому показателю Россия отстает от стран Западной Европы.

2) Дефицит кадров.

Проблема усугубляется отсутствием четкой системы удержания медицинских кадров и недостаточным количеством выпускников медицинских вузов. В таких условиях медицинское обслуживание не может быть доступным и соответствовать высоким стандартам. Решением может быть повышение социального статуса медицинских работников. Улучшение выборочного приема в медицинские университеты, обеспечение жильем врачей и повышение базовой заработной платы медицинских работников помогут преодолеть нехватку кадров. Должны быть созданы все предпосылки для достойной работы медицинского персонала.

3) Рост платных услуг.

В больших городах медицина переходит в платные клиники. Его могут купить только 15% горожан. В результате люди чаще болеют и умирают. Врачи не могут выдерживать сильную нагрузку, в связи с этим на вынужденной основе, уходят работать либо из сферы, либо из государственных структур. В результате врачей и пациентов сознательно подталкивают к медицинской помощи на возмездной основе. Экономическая ситуация не улучшается, но во всей сфере виден отрицательный рост. Никто не говорит о том, что платные услуги нужно искоренить, тем не менее, они должны существовать исключительно как альтернатива бесплатной медицине, но никак не замена ее.

4) Дефицит и рост цен.

Из-за дефицита сырья и роста цен на лекарства внутренний фармацевтический рынок замедлился почти вдвое. В прошлом году государство сократило закупку медикаментов. По объему российский рынок все еще отстает от промышленно развитых стран. Несмотря на обещания чиновников Минздрава, дополнительных средств на обеспечение россиян бесплатными лекарствами не планируется. Во избежание коррупции и других негативных моментов, лекарства

необходимо закупать и распределять централизованно, чтобы жители всех регионов России получали их одинаково.

5) Коронавирус. Несмотря на то, что COVID-19 появился относительно недавно, первый зарегистрированный случай в Российской Федерации был 1.03.2020 года, именно с первого пациента и начался коллапс здравоохранения в Российской Федерации. В принципе данная проблема объединила в себе все остальные, которые мы описали выше:

- недостаточное финансирование показало, что все предметы первой необходимости могут быть в дефиците (маски, перчатки, антисептики и т.д.);

- резкая нехватка медицинского персонала, данная проблема особенно ощущалась в регионах страны, когда из-за высокого риска заболеваемости, сотрудники начали повально увольняться. Примером может стать Амурская область, где во время пандемии ушло около 400 человек, а работать были вынуждены студенты старших курсов;

- все частные организации неожиданным образом подняли цены на свои услуги и где раньше обычный осмотр стоит 1000 рублем, его цена могла доходить до 5000 рублей;

- в связи с ростом спроса на средства индивидуальной защиты, а также медицинских препаратов профилактического значения и противовирусной направленности, цены были подняты, причем их наценка временами составляла по 400%, за обычную трехслойную маску цены достигали 100р/1шт.

Сложно оценить последствия для экономики, которые понесли государства во время пандемии, но, в частности, для Российской Федерации это было сокрушительным провалом на ранних этапах сдерживания распространения этого заболевания. Все открытые раны здравоохранения, которые до этого времени были прикрыты пеленой мнимым нормативно-правовым регулированием, были открыты и больше не могли скрывать себя на фоне более обширных проблем, так как самая большая проблема была здесь и сейчас и затрагивала самое главное-здоровье граждан. Стране потребовалось полгода, чтобы урегулировать поставки медицинских изделий, в том числе и препаратов (не во все регионы), решить

проблемы с выплатами медицинским работникам в связи с опасными условиями труда (не во всех регионах), но самое главное, разработать систему по профилактике и лечению коронавируса, как пример могу привести вакцину Спутник V.

На данном этапе развития здравоохранения в России мы можем наблюдать, что с экономической точки зрения, данная «встряска» подействовала на всю сферу положительно, стали уделять больше внимания проблемам здоровья пациентов, медицинские сотрудники получили больше признания, следовательно, и выросли зарплаты. Но самое основное, люди перестроили свой тип мышления, стали больше задумываться о профилактике заболеваний, нежели об их лечении.

2.2. МЕХАНИЗМЫ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Как уже отмечалось, в России отсутствует полноценная статистика по нарушениям прав пациентов, охватывающая все аспекты данной проблемы. Недоступны и какие-либо мониторинговые исследования, позволяющие измерить динамику общественного мнения по этому вопросу. Те же разрозненные данные, которые имеются, создают довольно безрадостную картину.

Раскрывая суть данной темы, мы столкнулись с тем, что на момент исследования, в ресурсах интернета нет социологического опроса, на основании которого можно было бы судить об общей удовлетворенности структуры здравоохранения в Российской Федерации. Взамен этого представлены к ознакомлению исключительно локальные исследования, на основании которых можно предположить, на сколько граждане удовлетворены медицинскими услугами, которые были им оказаны.

Один из опросов, благодаря которому впервые в России было уделено значительное внимание к вопросам оказания качественных медицинских услуг, проведен в 2008 году (Аналитический центр Юрия Левады). Согласно его данным 88% респондентов были не довольны качеством услуг оказанных в больницах. 40% опрошенных были довольны системой здравоохранения, резюмирую данные результаты можно понять, что огромная доля граждан желала кардинальных улучшений сферы. Тем не менее, несмотря на столь низкий процент удовлетворенности, в сравнении с 2002 годом, было явное улучшение, подобный опрос так же был проведен центром Юрия Левады, на тот год положительно отзывались о здравоохранении только 9%, но 48% посчитало. Что изменений не было и все по-прежнему не проводится должным образом.

Следующий опрос коснулся 2007 года и в нем был задействован фонд «Общественное мнение». В данном опросе 43% рассказали о том, что неоднократно замечены врачебные ошибки. В рамках вышеупомянутого опроса, респонденты заявляли, что самыми основными причинами ужасного качества медицины являются незначительное финансирование медицинской отрасли, низкая

квалификация специалистов, нежелание работать, низкая заинтересованность в результате.

Следующий опрос коснулся непосредственно бюджетных организаций здравоохранения России. 40% респондентов указали на низкий процент удовлетворенности медицинской помощи, которую они получили в рамках бесплатных услуг. Чаще всего в жалобах фигурировало: долги процесс записи к врачам, невозможность оперативного применения мер помощи, мало свободных мест в стационарах. В отношении качества медицинских услуг большая часть респондентов резюмировала низкий процент, несмотря на это, к основным проблемам опрошенные отнесли этический аспект, 54% сообщили о том, что постоянно сталкиваются с ужасным отношением к себе, медицинский персонал разными способами показывают свое нежелание работать, а также неуважительно относятся к пациентам в угоду того, что пациенты за эти услуги не платят. Данная статистика по большей степени относится к поликлиникам, в свою очередь станции скорой помощи и станции переливания крови показали процент удовлетворенности больше. Это связано с тем, что в СМП обращаются по факту экстренной помощи, которая в большинстве случаев несет безотлагательный характер, а станции переливания крови не имеют такого большого потока пациентов, следовательно, к каждому человеку внимания уделяется больше.

Необходимо учитывать, что в социологических опросах населения выявляется, прежде всего, отношение к условиям предоставления медицинской помощи, а не к ее качеству, поскольку граждане считают себя некомпетентными выносить суждения и давать адекватную оценку по специфическим медицинским вопросам.

По оценкам участников экспертных интервью, в России наиболее часто нарушаются следующие законодательно закрепленные права пациентов:

Просмотрев интернет-ресурсы по регионам, было выделено несколько прав пациентов, которые чаще всего ущемляются, по данным позициям:

- право на выбор врача, в том числе семейного и лечащего, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- право на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- право на возмещение ущерба в случае причинения вреда пациенту при оказании медицинской помощи;

В группе прав, гарантированных законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», наиболее часто нарушается право на получение медицинской помощи на всей территории России, вне зависимости от места постоянной регистрации.

Как уже было освещено в нашей работе, в ущемлении прав нет никакой региональной направленности, то есть, в определённом регионе не могут нарушаться только выбранные права пациентов на постоянной основе. Скорее всего это все связано исключительно с общей системой права и правоприменительной практики. В силу сложности процесса переоформления пациентов из одной страховой организации в другую, среди медицинских сотрудников бытует мнение, что как такового «выбора» у пациента нет, и он обязательно должен быть предписан той страховой организации, в которой он встал на учет изначально. Зачастую в расчет не берется личное мнение пациента и если человек юридически неграмотен, его могут ввести в заблуждение информацией о том, что страховую организацию поменять никак нельзя. Одним из проблемных пунктов, который не меньше других фигурирует при нарушении прав, это право на получение льготных препаратов (ФЗ от 17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной социальной помощи»). Самым распространённым нарушением прав пациентов, является- врачебная тайна. В силу своей человеческой сущности, люди подвержены излишней «болтливости», что прямым образом способствует нарушению (ст. 13 ФЗ 323 от 21.11.2011). данное нарушение чаще всего несет непреднамеренный характер и сотрудник, который допустил это правонарушение, в большинстве случаев сделал это не осознано. Тем не менее, это не освобождает

медицинских сотрудников от ответственности, даже если переданная информация, только косвенно затронула моральный аспект, сам факт не допустим.

Следует отметить еще раз: на данном этапе формирования Российской Федерации как правового государства, в законе не существует понятия «защита прав пациентов», все представленные алгоритмы защиты этих прав выявлены только из общей структуры права (Конституция, кодексы и т.д.).

Добавим, что сегодня в России на законодательном уровне не определено понятие «защита прав пациента», не закреплены также способы защиты прав пациентов.

На основании правоприменительной практики, был сформулирован общий свод правил и законов, которые на данный момент регулируют все вопросы защиты прав граждан в сфере здравоохранения, многие эти нормативно-правовые документы применяются не только в медицинской сфере, а при защите прав человека независимо от ситуации. Самым основным документом, который напрямую защищает права любого гражданина в нашей стране это Конституция РФ, непосредственно в ч. 2 ст. 45 Конституции РФ, каждый гражданин имеет право на защиту своих прав, любым способом, который не идет в разрез с законом. может защищать свои права всеми способами, не запрещенными законом [1]. В ст. 12 ГК РФ так же олицетворены способы защиты прав пациентов и не только, которые можно отнести к нашей теме непосредственно за то, что в статье указано «восстановления положения, существовавшего до нарушения права, и пресечения действий, нарушающих право или создающих угрозу его нарушения; возмещения убытков; взыскания неустойки; компенсации морального вреда». Следующий документ внес небольшую ясность относительно общей ситуации судов в отношении гражданских дел, Верховный Суд РФ разъясняет в Постановлении Пленума в п. 9 ППВС РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей» в данном постановлении Верховный суд резюмировал: что в отношении любых медицинских услуг, которые были оказаны гражданам в любой медицинской организации (но только в рамках добровольного или обязательного медицинского страхования) во всех случаях

применяется законодательство о защите прав потребителей [7]. В целом это логично, но именно юридическое закрепление «пациентов» как «потребителей» помогло утвердить данные термины как синонимичные и отчасти регулирование происходит в соответствии с законом РФ «О защите прав потребителей»².

Во время защиты своих прав пациент выбирает способы защиты, самым первым и чаще всего начинает с «досудебной» формы защиты. В рамках этого способа гражданин обращается к административному порядку регулирования, это представляет собой различные жалобы на действия или бездействия выбранной организации, в котором была оказана не качественная услуга, а также на определенного специалиста. В большинстве случаев, сначала определяется орган, который будет проводить проверку по факту ситуации, если ситуация была незначительного характера, чаще всего обращаются к главному врачу ЛПУ, чтобы по факту жалобы была проведена внутренняя проверка, без подключения надзорных органов, таких как министерство здравоохранения, департамент здравоохранения, прокуратура и т.п. Несмотря на это следует понимать, что все муниципальные структуры и органы исполнительной власти являются прямыми конкурентами и зачастую в их действиях присутствует конфликт интересов. Следовательно, это прямым образом влияет на контроль.

Из личной практики могу привести следующий пример административного способа, который в определенной степени помогает пациентам достичь правды и справедливости в оказании помощи.

Гражданин Шулепов Д.Е. обратился в ГБУЗ ТО «ОКБ № 2 в связи с жалобами на боли в плече, сопровождающимися нестабильностью плечевого сустава с последующими вывихами самого сустава. На основании жалоб и объективного статуса, он был направлен на врачебную комиссию вышеупомянутого медицинского учреждения, для уточнения степени нарушений функций организма, а также для дальнейшей тактики лечения. На заседании врачебной комиссии в ГБУЗ ТО «ОКБ № 2 от 04.09.2020 года [], было принято решение о госпитализации пациента с последующим проведением оперативного лечения для восстановления функций сустава. Тем не менее, в данном заключении,

протокола заседания врачебной комиссии не фигурировал его диагноз как основной, а рассматривался как «вывих плечевого сустава», что уже противоречит нормам закона. В связи с тем, что описанный диагноз в заключении не отображал его истинный статус, было принято решение о составлении жалобы на действия врачебной комиссии. В данной жалобе фигурировала вся история болезни, прилагались медицинские документы для более точного утверждения диагноза. В требованиях было указано следующее: 1. Разобраться по существу данной жалобы. 2. Исправить Протокол заседания врачебной комиссии №9 от 04.09.2020 г. Указать в нём верный изначальный диагноз. 3. При необходимости провести повторное заседание врачебной комиссии с целью уточнения степени нарушения плечевого сустава. Как итог данной жалобы, Шулепова Д.Е. 15.10.2020 года вызвали на врачебную комиссию по факту ознакомления с данной жалобой. На приеме, клиенту был выставлен верный диагноз, все вопросы были урегулированы.

Данная ситуация показывает, эффективность досудебной формы защиты, в частности «жалоба». Преимущество этого метода заключается в нескольких моментах. Во-первых, простота, данный способ доступен широкому кругу лиц, и не требует юридических познаний в составлении заявления. Во-вторых, быстрота, подобные жалобы рассматриваются в максимально короткие сроки, что бы как можно скорее урегулировать ситуацию не выходя за пределы само ЛПУ.

Следующий пример хочу привести из личной практики и личного опыта, данная ситуация показывает уже следующую ступень досудебной формы, это обращение в вышестоящие надзорные органы.

Пациент Алексеев М.В. 19.10.2020 года обратился за помощью в ГАУЗ ТО «Областной кожно-венерологический диспансер» г. Тюмени, обратился с жалобами на давно рецидивирующее заболевание, которое у него с первых месяцев жизни и является хроническим. Так как данное учреждение имеет регалии областного центра, то вопрос о выборе места прохождения обследований отпал сам собой. На приеме гражданин предъявил все жалобы касательно своего здоровья и получил полный отклик от врача на приеме. После проведенного осмотра, врач сообщил о том, что у пациента очень редкое и серьезное заболевание «Атопический

дерматит», но через не большой промежуток времени, врач удалилась из кабинета для обсуждения ситуации с другим специалистом. Вернувшись в кабинет, врач больше не обсуждал диагноз с клиентом, а просто проговаривал лечение, в заключении Алексеев М.В. обнаружил, что выставленный диагноз кардинально отличался от того диагноза, который у него был с детства, по которому он лечился около 20-ти лет. После не долгой дискуссии, врач сообщила, что раз пациент является призывного возраста, то она не может поставить верный диагноз. После приема, было принято решение писать жалобу в вышестоящую структуру, так как нарушение прав было чрезмерно грубое. Жалоба была обращена на: на действия врача дерматолога Погоняйлову Е.Г., сотрудника ГАУЗ ТО «Областной кожно-венерологический диспансер», и была подана в Территориальный орган Росздравнадзора по Тюменской области, ХМАО-Югре и Ямало-Ненецкому автономному округу в Тюмени. В просительной части были выдвинуты следующие требования: 1) Разобраться по существу данной жалобы. 2) Провести Врачебную комиссию относительно данной ситуации. 3) Привлечь врача-дерматолога Погоняйлову Е.Г. к ответственности за свои действия преднамеренного характера. 4) Вернуть сумму в размере 920 (девятьсот двадцать) рублей, в соответствии с не качественно оказанной услугой. 5)

Вернуть сумму в размере 1200 (одна тысяча двести) рублей, так как после не качественного приема в ГАУЗ ТО «Областной кожно-венерологический диспансер» мне потребовалось еще раз платить деньги, чтобы в отношении моего здоровья было вынесено не предвзятое заключение. 6) Возместить мне ущерб в размере 10000 (десяти тысяч) рублей за нанесение морального вреда, так как действия врача-дерматолога Погоняйловой Е.Г., повлекли за собой мои моральные и физические страдания.

По факту данной ситуации была проведена проверка и врачебная комиссия, на врачебной комиссии присутствовал сотрудник из надзорной организации, а также сама комиссия прошла очень профессионально. Из указанных требований было выполнено только часть, но в целом ЛПУ указало верный диагноз, было прописано нужное лечение. Это способ эффективен за счет того, что

вопросом заинтересован вышестоящий орган, следовательно все проверки которые будут проведены, будут сделаны под двойным контролем и в кратчайшие сроки.

Еще одним способом контроля является медицинские страховые организации, согласно закону «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», данные организации занимают доминирующее положение в области защиты прав пациентов, в силу полиса ОМС. Именно эти организации учувствуют в нормах контроля качества оказанных услуг в силу своей направленности, а также данный пункт прописан в самом договоре. ФФОМС передал все полномочия по защите прав в данные структуры, именно СМО должны представлять интересы застрахованных граждан, проводить внеплановые проверки, разьяснять принципы оказания любой медицинской услуги, проводить мероприятия с ЛПУ для улучшения качества оказанных услуг. Но сами организации СМО очень часто халатно относятся к своим обязательствам, нивелируя права на другие органы или же самих граждан, игнорируя прямые и косвенные нарушения прав. СМО чаще всего нарушают именно следующие права: юридические коллизии с полномочиями представлять интересы пациента в суде, неопределенность статуса вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи, нарушения в передаче конфиденциальной медицинской информации о пациенте. Как и с муниципальными структурами СМО в той или иной степени так же имеет противоречия в интересах своей работы. В связи с тем, что ни они заключают договора на предоставление услуг с медицинской организацией, и основной упор делают на контроль финансирования и предоставления отчетности, следовательно защита прав пациентов уходит на второй план. Это можно расценить следующим образом, заключая договор с медицинской организацией, они занимаются ее финансированием. После не качественной услуги, которая была оказана гражданину, следует провести проверку и в случае выявления нарушений, организовать со стороны ЛПУ дополнительные обследования, затраты на которые пойдут из СМО. Это приводит к тому, что СМО тратит еще больше средств из своего бюджета, а это плохо сказывается на статистике организации.

Так как СМО это третья инстанция обращения граждан в сфере здравоохранения, после ЛПУ и муниципальных структур, на основании этого, за помощью к этому способу граждане обращаются редко и зачастую, после проверок, нарушений не находят.

Если сделать небольшой вывод относительно досудебных форм защиты граждан, то он будет заключаться в том, что на данном этапе все вышеописанные компетенции имеют, как и очень узкую область применения, так и внутренние проблемы, которые в своей совокупности не дают никаких гарантий в восстановлении прав пациентов. Сложность еще заключается в выборе нужной инстанции для регулирования вопроса, так как Росздравнадзор занимается проблемами медицинских экспертиз и вопросами лекарственного обеспечения и контроля оборота фармакологической отрасли; Роспотребнадзор оказывает содействие исключительно в вопросах возмездной помощи гражданам игнорируя помощь предоставленную в рамках ОМС; органы прокуратуры занимаются исключительно проблемами ущемления прав.

Далее я хочу привести как в нашем регионе складывалась ситуация относительно досудебного порядка. В Тюменской области, ХМАО – Югре и ЯНАО практика относительно регулирования данного вопроса складывается весьма положительным образом, как мы можем наблюдать согласно ежегодным отчетам Росздравнадзора. В отношении медицинских организаций в 2018 году чаще всего рассматривались вопросы качества полученной помощи, соблюдение всех мер по улучшению оказываемых услуг. В 2018 году по каждому обращению были проведены проверки, в 96% были выявлены нарушения, по факту каждого были возбуждены административные дела. Это помогло всей структуре выявить слабые моменты системы и устранить их.⁵²

В 2018 году, был опубликован отчет Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации. Согласно ему, было зафиксировано около 730-ти обращений связанных непосредственно с нарушением прав в сфере здравоохранения. За 6 месяцев 2019 г. поступило 140 обращений от застрахованных лиц по поводу нарушения их прав и законных интересов в сфере

здравоохранения. Признаны обоснованными 93 (66 %) жалобы. При этом наибольшее количество жалоб было подано на оказание медицинской помощи (67 % жалоб). В 50% случаев, было подтверждено прямое нарушение прав пациентов. В отношении данных заявлений, львиную долю составляли жалобы на не качественную оказанную услугу и не доступность услуг в целом. 53.

Как уже было сказано ранее, следующий способ досудебной защиты пациентов, это обращения в вышестоящие инстанции. Но несмотря на это, что каждый орган в приоритете должен защищать права граждан, определяются проблемы, которые мешают работе в данном направлении:

- Время на обработку заявления и выдача результатов по случаю организованных проверок. В силу загруженности этих структур, время на обработку заявлений в большинстве случаев занимает 30 календарных дней, помимо самого ознакомления, по факту нарушений государственный орган, который занимается ситуацией, обязан произвести проверку, после обработать результаты и выдать заключение гражданину. Следовательно это очень энергоемкий процесс, который не может произойти за несколько дне, а иногда у пациента нет времени так долго ждать, из-за неотлагаемости вопроса.

- Сложность процесса. Среднестатистический человек мало разбирается во всех инстанциях, которые регулируют вопросы здравоохранения, для большинства, медицинско0профильные организации заканчиваются на уровне городских поликлиник.

- следующая проблема больше организационного характера, она заключается в том, что несмотря на то, что человек прав или не прав, это нужно доказать, а реализуется это по факту прохождения всех нужных государственных органов, и как следствие — это бесчисленные проверки, очереди, и неудобное время, которое чаще всего пересекается с рабочим.

- халатность или человеческий фактор. В подобных организация идет колоссальный поток документов, которые чаще всего хранятся не регламенту, в связи с чем обращения теряются, заявления пропадают, заключения путают с другим пациентами и вкладывается в чужие личные дела.

Следующая ступень защиты прав пациентов заключается в судебном порядке. К данному способу в нашем государстве обращается мало граждан, а те кто обращаются делают при исключительных ситуациях ущемления прав.

На сегодняшний момент данный способ больше всего востребован в России, именно его чаще всего избирают при серьезных случаях нарушения прав пациентов. Согласно ст. 46 Конституции РФ каждому гражданину гарантируется судебная защита его прав и свобод. Этим правом и руководствуются при обращении в суд. Данные дела рассматривает гражданский суд РФ. Проведя исследование за последние 3 года в Гражданском судопроизводстве, фигурировало 192 Исковых заявлений «О взыскании страхового возмещения, связанные с оказанием медицинской помощи и предоставлением лечения в порядке обязательного медицинского страхования». В 2018 году сумма исков составила 136, 95 из которых были удовлетворены, 41 отказано, 7 прекращено судопроизводство, общая сумма взыскания составила 364 тысячи рублей; за 2019 год было подано 91 иск, 46 из них удовлетворены, 45 отказано и 6 прекращены досрочно, сумма взыскания за 2019 год составила 33661000 тысяч рублей; за 2020 год всего в Гражданском судопроизводстве за весь год было зафиксировано 69 исков «О взыскании страхового возмещения, связанные с оказанием медицинской помощи и предоставлением лечения в порядке обязательного медицинского страхования», 51 из которых были удовлетворены, 18 отказано, 2 прекращены, общая сумма взыскания составила 21769000 тысяч рублей. Благодаря этой не большой статистике, мы видим, что процент удовлетворения иска выше, чем в отказе, а также, что по сравнению с 2018 годом, сумма обращений к 2020 году упала практически в 2 раза. Связанно это скорее всего из-за COVID19 так как продолжительно время граждане не могли обратиться в суд, и не маловажная причина, это резкое уменьшение медицинской помощи по полюсу ОМС из за введённых эпидемиологических ограничений.

Как было сказано ранее, в суд как в последнюю инстанцию по защите прав пациенты обращаются крайне редко, в тех ситуациях, когда был причинён значительный вред здоровью или смерть.

Так, 28 октября 2019 г. Верховный суд Российской Федерации рассмотрел кассационную жалобу на решение Вольского районного суда Саратовской области от 21 декабря 2018 г. [54]. И апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам Саратовского областного суда от 29 марта 2019 г. по делу № 2-1-1042/2018 по иску Б.Б. Вологина, Д.Б. Вологина, А.Б. Вологина к государственному учреждению здравоохранения «Областной клинический онкологический диспансер» о компенсации морального вреда [62].

Обращаясь в суд, истцы ссылались на то, что в связи со смертью близкого человека из-за некачественной медицинской помощи, оказываемой поликлиникой областного онкологического диспансера, они перенесли душевные и физические страдания, о которых просили суд взыскать с медицинского учреждения компенсации морального вреда.

Решением суда первой инстанции в удовлетворении исковых требований было отказано, апелляционным определением решение нижестоящего суда было оставлено без изменения. По мнению суда первой инстанции, факт причинения вреда здоровью при проведении лечения не является основанием для компенсации истцам морального вреда, поскольку вред был причинен не их здоровью. С данными выводами суда первой инстанции и их правовым обоснованием согласился суд апелляционной инстанции, дополнительно указав на то, что погибшая при жизни с какими-либо требованиями к ответчику не обращалась. Однако Верховный суд РФ в определении указал, что в случае нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья, причинения вреда жизни и здоровью гражданина при оказании ему ненадлежащей медицинской помощи требования о компенсации морального вреда могут быть предъявлены родственниками и другими членами семьи этого гражданина, поскольку, исходя из сложившихся семейных связей, характеризующихся близкими отношениями, духовным и эмоциональным родством между членами семьи, возможно причинение лично им (то есть членам семьи) нравственных и физических страданий (морального вреда) ненадлежащим оказанием медицинской помощи этому лицу. Рассматривая кассационную жалобу, Верховный суд РФ определил, что судебные инстанции допустили существенные

нарушения норм материального и процессуального права, решение суда первой инстанции и апелляционное определение были отменены, а дело направлено на новое рассмотрение.

Следует выделить альтернативный порядок разрешения споров о нарушенных правах в сфере здравоохранения, который до настоящего времени не нашел должного распространения как один из вариантов урегулирования конфликта между медицинской организацией и пациентом. Он направлен на обеспечение возможностей прекращения споров мирным путем. Обращение к альтернативным способам нивелирования конфликта осуществляется сторонами добровольно. Так, российским законодательством предусмотрена возможность разрешения спора о нарушенных или оспоренных гражданских правах в третейском суде (ст. 11 ГК РФ) [7]. Третейский суд не входит в судебную систему РФ и не осуществляет правосудие, однако относительная оперативность процедуры третейского разбирательства, конфиденциальность процесса, принцип добровольности исполнения решения третейского суда обуславливают привлекательность данного института для участников спора. Затрудняет распространение такого способа защиты прав обязательное заключение письменного соглашения между медицинской организацией и пациентом о передаче спора на рассмотрение в третейский суд или наличие арбитражной оговорки в договоре на оказание медицинских услуг. В целях содействия разрешению и урегулированию досудебных споров в России был создан институт медиации. Он закрепился в современной российской правовой действительности с принятием Федерального закона от 27.07.2010 № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)» [5].

Процедура медиации в сфере здравоохранения призвана урегулировать спор, найти взаимоприемлемое решение для обеих сторон конфликта, сохранив при этом конфиденциальность обсуждаемой информации и деловую репутацию медицинского учреждения. Руководство процессом медиации осуществляет медиатор – независимое лицо, привлекаемое сторонами для содействия в принятии

ими решения. Мы считаем, что ввиду актуальности вопросов здравоохранения обеспечение полноценной реализации гражданами своих прав на охрану здоровья – это та сфера внутренней государственной политики, которая, безусловно, требует наиболее четкой регламентации, исключающей возникновение законодательных пробелов и коллизий в праве.

Стоит констатировать тот факт, что Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не содержит норм, которые бы полностью обеспечивали правовое регулирование защиты прав пациентов в России. Полагаем возможным изложить определение в статье 2 вышеназванного закона в следующей редакции: «защита прав пациента – совокупность мер, осуществляемых полномочными государственными органами и общественными организациями, должностными лицами, непосредственно гражданами или их представителями в целях обеспечения беспрепятственной реализации пациентами своих прав, предусмотренных федеральным законом».

Объективно судебная защита с признанием вины медработников / ЛПУ и наложением обязательств по выплате компенсаций за причиненный ущерб является финальной точкой в обеспечении прав пациентов. Но этот путь, в силу неразвитости российской судебной системы и правовой культуры граждан, оказывается последним средством, к которому прибегают пациенты в случае нарушения своих прав. И хотя, по практике, в данной сфере за последние годы происходят некоторые позитивные изменения (увеличиваются суммы компенсаций за причиненный ущерб, а сроки прохождения дел становятся меньше, что во многом связано с накоплением опыта судьями), число судебных исков и решений в пользу пациента несопоставимо с развитыми странами. Вдобавок в России отсутствует практика подачи коллективных исков в интересах широкой группы пациентов в случае, если те или иные решения или действия государственных органов ущемляют права пациентов. Помимо общих трудностей использования судов для защиты прав граждан, в медицинской сфере существует ряд очень серьезных специфических проблем как нормативного, так и социального плана.

Подводя итог, отметим, что институт защиты прав пациентов в России имеет сравнительно недолгую историю развития: серьезные изменения в российской действительности защиты прав пациентов в рамках демократического курса реализуются лишь последние тридцать лет. Для системы складывающихся правоотношений в данной области — это сравнительно малый срок. Между тем требуется детальная регламентация процессуальных и процедурных моментов, подчеркивающих важность правового статуса участников. Взаимоотношения врача и пациента в России формировались под влиянием императивных административно-правовых отношений, которые не предполагали выделение и защиту прав больных пациентов. Вместе с тем генезис института защиты прав пациентов характеризуется нами в целом с положительной стороны. Однако с учетом выводов, отраженных в настоящем исследовании, нужно признать, что необходим ускоренный процесс трансформации общественных отношений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе выполнения магистерской диссертации были раскрыты теоретические и правовые аспекты защиты прав пациентов в области оказания медицинских услуг, были установлены проблемы, а также спрогнозированы перспективы развития данной области права.

Исходя из формулировки темы, мы прежде всего остановились на историко-правовом аспекте темы. В процессе исследования, было установлено, что в дореволюционной и советской России термин права пациентов отсутствовал, нами не обнаружено ни одного нормативного акта, целенаправленно посвящённого правам пациента, но было принято немало документов, посвященных сфере здравоохранения, где права подданных затем граждан советской России косвенно затрагивались (Церковный устав, Врачебный указ, Инструкция НКЗ, НКВД, НКТ и ВЦСПС от 11 марта 1926 г. «О порядке и правилах оказания первой неотложной медицинской помощи» и т.д.). В данных документах обозначались такие направления правовой защиты как: ответственность врачей за увечья пациентов, вплоть до смертной казни; обязательства перед больным со стороны мед работника; этапы оказания медицинской помощи. Для современного этапа они представляют в основном познавательные знания.

Основные принципы прав пациентов олицетворены в главе 4 ст. 18-28 Федеральном законе "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ. На момент написания данной работы нами выделен перечень проблем, который затрагивает правовое регулирование вопросов, связанных с оказанием медицинских услуг пациентам.

Проблема независимости и объективности судебно-медицинской экспертизы: независимость судебно-медицинской экспертизы очень важна, поскольку экспертные заключения имеют решающее значение при вынесении судебного решения по искам пациентов. Вообще, по мнению ряда юристов, то, что медицинская экспертиза воспринимается судом и прокурорскими работниками как истина в последней инстанции, которой не требуется правовая оценка, является системным недостатком, демонстрирующим сложившийся в России приоритет

медицины над правом. Нередко судебно-медицинская экспертиза назначается тогда, когда основания иска никак не связаны с возможностью ее назначения (например, то, что пациент не был информирован о добровольном согласии).

Непредвзятость судебной системы, это один из принципов, на который опирается все законодательство Российской Федерации.

В вопросе о независимости и объективности экспертизы значение имеют два аспекта проблемы:

- Административно-хозяйственная подчиненность бюро судебно-медицинских экспертиз. Сегодня они подчиняются региональным управлениям здравоохранения, патологоанатомические бюро, как правило, располагаются на территории больниц и подчиняются главным врачам. Это определяет некорректность экспертных заключений: зачастую они делаются в пользу врачей, поскольку у органов управления здравоохранением есть возможность влиять на решения экспертов. Как показывает практика, заключения в пользу пациентов (т.е. признание вины медперсонала) даются чаще в случае, если экспертиза проводится в другом регионе или независимым учреждением.

- Отсутствие профессионального корпуса судебно-медицинских экспертов. В экспертные комиссии привлекаются обычные врачи-клиницисты, не имеющие экспертной подготовки и стажа работы в качестве эксперта. Выводы таких экспертиз ориентированы не на оценку для нужд правовой процедуры, а на клинический разбор ситуации. В результате, благодаря заключению таких экспертов, судебные процессы по вопиющим нарушениям могут заканчиваться отказом пострадавшему, а по иску по незначительным нарушениям могут быть наложены очень строгие взыскания.

Предложения по решению: в данном вопросе будет иметь смысл назначать независимые судебно-медицинскую экспертизу как минимум в другом городе, а лучше в другом регионе. Это позволит решить вопрос предвзятости, а также заинтересованности одного медицинского учреждения другим. Повысить качество подготовки врачей экспертной подготовки в качестве экспертов. Обеспечить им стаж минимум в 5 лет по каждому узконаправленному вопросу экспертизы (это

может быть не обязательно 1 врач), возможно будет иметь смысл сделать специальное направление в университетах с 1го курса обучения и специализироваться данный врач будет непосредственно на вопросах судебно-медицинской экспертизе.

Проблема трудности доказательства вины: очень трудно доказать виновность медицинского работника, особенно в случае, если нет прямой вины врача, а проблема кроется в недостаточном финансировании, организации работы ЛПУ и т. д. Кроме того, в суде правильность действий медработников оценивается по записям медицинской документации, и от того, насколько грамотно в карте больного были зафиксированы действия лечащего врача, во многом зависит, какие будут взыскания либо отказ в иске. В то же время качество ведения документации в российских ЛПУ оставляет желать лучшего: по данным страховых компаний, нарушения в этой сфере – одни из наиболее часто выявляемых ими в ходе проверок.

Предложения по решению: исходя из вышесказанного считаю необходимым вести аудио-записи приемов (видеозаписи не доступны, так как это затрагивает проблему этики). После каждого приема врача, сам пациент должен ознакомиться с заключением специалиста и поставить подпись на данном оригинале документа, который после будет перемещен в электронном виде в карту пациента. В случае, если пациент не согласен по любому вопросу из заключения, должна быть собрана врачебная комиссия ЛПУ и на месте урегулировать все вопросы. Если после врачебной комиссии пациент не удовлетворен результатом, то урегулировать вопрос можно будет в суде.

Проблема несовершенства нормативно-правовой базы, регулирующей действия медицинских работников: по оценкам практикующих юристов, судебная практика в России по искам о защите прав пациентов затруднена отсутствием четких указаний в законодательном поле на то, какие меры наказания следует применять за те или иные нарушения прав пациентов, а также каково распределение ответственности участников оказания медицинской помощи. Трудности создают и существующие противоречия между законами и подзаконными актами, регламентирующими действия медперсонала. Как пишет

руководитель Пермского медицинского правозащитного центра Е.Козьминых, «по нашему опыту, самый эффективный уровень защиты участников медицинского процесса – «судебное рассмотрение» – обеспечивается почти исключительно общегражданским законодательством, в первую очередь ГК РФ без использования специальных медицинских законов. Имея самый большой опыт в РФ по ведению врачебных судебных дел, Пермский медицинский правозащитный центр вынужден вырабатывать эффективные подходы к защите своих доверителей, основанные на применении аналогии права и закона, а также на разъяснениях Верховного Суда РФ».

Предложения по решению: в случае с данной проблемой, решение может быть только одно, внести изменения/поправки в нынешнее законодательство. Сделать его более обширным и конкретным, любая статья и пункт должны быть не взаимозаменяемыми, трактоваться без второстепенной подоплеки.

Проблема юридической неграмотности медицинских работников, а также ненадлежащего ознакомления с документами внутреннего распорядка медицинской организации:

Как известно огромная часть ошибок случается по незнанию того или иного действия сотрудником, но несмотря на это «Ignorantia non est argumentum» - незнание закона не освобождает от ответственности. Сейчас на данном этапе образования всех специалистов медицинского профиля проводится узкоспециализированные программы обучения, которые в общей сумме обучают только по своей сфере. Сейчас, когда вопросы юридического регулирования вопросов поднимаются из-за дня в день, необходимо внедрять во все программы обучения медицинских работников- курс по юриспруденции, что бы каждый сотрудник медицинской организации знал свои права и обязанности, которые он должен выполнить в соответствии с Конституцией РФ или 323 ФЗ.

Страхование ответственности врачей: важной проблемой, по оценкам экспертов, является отсутствие адекватной системы индивидуальной ответственности врачей за врачебные ошибки и нарушение прав пациентов. Решением этой проблемы могла бы стать система обязательного страхования

ответственности медработников, которая в других странах с разной степенью успешности (в зависимости от выбранной модели) решает задачу по формированию и распределению компенсационного фонда для пострадавших пациентов. Наличие такой системы позволяет дать более прочные гарантии реализации права пациентов на компенсацию причиненного ущерба при оказании медицинской помощи не только в случае непосредственной вины врача / ЛПУ, но и когда виновного установить невозможно (например, при заражении внутрибольничными инфекциями). Однако перспективы создания такой системы в России в ближайшие годы очень маловероятны, хотя эта тема фигурирует в долгосрочной повестке дня на общегосударственном уровне, а также предпринимаются отдельные попытки введения элементов страхования ответственности на региональном уровне. Так, норма страхования профессиональной ответственности медицинских работников, правда, добровольного, прописана в законе «Об охране здоровья в городе Москве», принятом столичными депутатами в первом чтении в июле текущего года. Уже несколько лет формально существует система страхования ответственности медработников муниципальных медицинских организаций по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью пациентов (в том числе морального вреда), в Пермском крае. Бюджет на это выделяется в рамках финансирования Программы государственных гарантий оказания населению Пермского края бесплатной медицинской помощи на год. Однако на практике процесс тормозится. Сумма, выделяемая на страхование ответственности, невелика, и ЛПУ не стремятся застраховать своих работников. Основную проблему, на взгляд регионального министерства здравоохранения, представляет отсутствие стандартов, позволяющих разграничить врачебную ошибку, некачественное лечение и неблагоприятное развитие заболевания. Среди участников экспертных интервью мнения относительно целесообразности введения обязательного страхования профессиональной ответственности врачей разделились. Наряду с общей положительной оценкой этого возможного нововведения были высказаны и критические соображения, такие как:

- от страхования ответственности нельзя ожидать прямого влияния на качество медпомощи и соблюдение врачами прав пациентов;
- введение персональной ответственности врачей потребует изменения подходов к допуску их к профессиональной деятельности (переходу от лицензирования ЛПУ к лицензированию врачей), что означает кардинальную ломку всей системы здравоохранения;
- введение страхования повлечет за собой всплеск судебных исков и претензий со стороны пациентов, и система финансово не выдержит потока требуемых компенсаций.

Предложения по решению: таким образом, использование страхования ответственности врачей как одного из механизмов защиты прав пациентов требует очень серьезной проработки модели страхования и ее увязки с преобразованиями в системе здравоохранения в целом. Вместе с тем, очевидно, что сам процесс разработки оптимальной модели дал бы серьезный импульс к предметной публичной дискуссии об общей ситуации с защитой прав пациентов в стране (на основе анализа статистики врачебных ошибок и нарушений и т. д.), что само по себе имеет несомненную ценность.

Проблема профессиональной подготовки юристов: на сегодняшний день в России существует острая нехватка квалифицированных судебно-медицинских экспертов, а также сотрудников правоохранительных и судебных органов, специализирующихся по правам в сфере медицины, поскольку таких направлений подготовки нет в юридических вузах. Медицинскому праву учат только в медицинских вузах, и то обстоятельство, что данная область права (как дисциплины) формируется медиками, накладывает свой отпечаток на ее содержание, формирует приоритет профессиональных медицинских вопросов над общегражданскими. Помимо базовой теоретической подготовки, нет и целостной системы накопления, систематизации и распространения опыта судебной практики по искам пациентов, на которой могли бы совершенствовать свои знания судьи, сотрудники правоохранительных органов, юристы. Малочисленные профессионалы-юристы, которые специализируются в области защиты прав

пациентов, придя в нее либо из юриспруденции, либо из медицины, разбросаны по России, работают изолированно друг от друга, не обмениваясь систематически опытом.

Помимо этого, существуют проблемы социального характера, которые не стимулируют пациентов на защиту своих прав в судебном порядке:

- Высокая ресурсоемкость судебного процесса для истца. Судебный процесс может тянуться годами и требовать от пациента очень серьезных финансовых затрат. Помимо услуг адвоката, для малообеспеченного пациента может оказаться «неподъемной» и стоимость судебно-медицинской экспертизы. Законодательно предусмотренная возможность проведения экспертизы за счет федерального бюджета (по решению судьи) на практике используется крайне редко.

- Отсутствие системы юридической помощи, которая может помочь человеку на всех этапах (от консультирования до представления его интересов в суде), финансово и организационно доступной для рядового гражданина. Специалистов в области медицинского права мало, и зачастую больной просто не может попасть на прием к соответствующему юристу, так как он находится от него территориально далеко.

- Нежелание юристов браться за сложные «медицинские» случаи. Коммерческие юристы зачастую отказывают больным в ведении сложного дела, которое обещает быть затратным по времени и усилиям, так как для них это невыгодно.

- Существующие социальные стереотипы. Распространенным является мнение, что судебная система обычно становится на сторону медицинских работников и учреждений, и судебный иск по медицинской тематике является заведомо проигрышным.

Предложения по решению: сделать программу «медицинское право» профессиональной подготовки студентов специалитета во всех юридических ВУЗах России, на базе медицинского университета. В данной программе будет закреплено освоение 2 дисциплин в частности: юриспруденция и медицина.

Данные специалисты будут готовы к любой ситуации медицинского профиля, так как будут знать основы тех или иных случаев из истории медицинских практик, не будут теряться при виде медицинских терминов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Международные документы

1. Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения (Нью-Йорк, 22 июля 1946 г.) // [URL:https://dokipedia.ru/document/5193278](https://dokipedia.ru/document/5193278). (Дата обращения: 13.05.2021).
2. Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе // Лучевая диагностика, лучевая терапия. - 2013. - № 1. - С. 6-11. - Режим доступа: [URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/ldlt_2013_1_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ldlt_2013_1_3). (Дата обращения: 05.10.2020).
3. Бекашев К.А. Международный билль о правах человека // Большая российская энциклопедия, 2012. с.546—547. (Дата обращения: 12.03.2020).

2. Нормативно-правовые акты

4. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 01.07.2020 № 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ, 01.07.2020, № 31, ст. 4398. (Дата обращения: 1.01.2020).
5. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 03.08.2018) // Собрание законодательства РФ, 05.12.1994, № 32, ст. 3301. (Дата обращения: 18.02.2020).
6. Бюджетный кодекс Российской Федерации" от 31.07.1998 N 145-ФЗ (ред. от 11.06.2021) // http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19702/. (Дата обращения: 12.05.2021).
7. Федеральный закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 22.12.2020) "О защите прав потребителей". http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_305/. (Дата обращения: 12.11.2020).
8. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция) // URL:

- http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895. (Дата обращения: 23.04.2021).
9. Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ (последняя редакция) // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/. (Дата обращения: 03.03.2021).
 10. Постановление Правительства РФ от 13.09.2010 N 714 (ред. от 15.10.2014) "Об утверждении Типовых правил обязательного страхования жизни и здоровья пациента, участвующего в клинических исследованиях лекарственного препарата". URL: <https://base.garant.ru/12178762/>. (Дата обращения: 16.03.2021).
 11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23.10.2012 г. № 437 «О Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/9073-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-23-oktyabrya2012-g-437-o-sovete-obshchestvennyh-organizatsiy-po-zaschite-prav-patsientov-pri-ministerstve-zdravoohraneniyarossiyskoy-federatsii>. (дата обращения: 10.12.2019).
 12. Приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (Зарегистрировано в Минюсте России 21.05.2012 N 24278). (Дата обращения: 16.03.2021).
 13. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 n 230 (в ред. от 22.02.2017 № 45) "об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" // URL: <https://sudact.ru/law/prikaz-ffoms-ot-01122010-n-230-ob/>. (Дата обращения: 16.03.2021).

14. Национальный стандарт Российской Федерации Приказ, гост ростехрегулирования от 18.09.2006 № 201-ст, гост р 52567-2006 // URL: https://www.glavbukh.ru/npd/edoc/97_57464. (Дата обращения: 18.03.2021).
15. Федеральный закон "Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)" от 27.07.2010 N 193-ФЗ (последняя редакция). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_103038/. (Дата обращения: 16.04.2021).
16. "Методические рекомендации "Алгоритм взаимодействия участников системы фармаконадзора по выявлению и работе со спонтанными сообщениями" (утв. Росздравнадзором 22.10.2009). URL: <https://docs.cntd.ru/document/902196329>. (Дата обращения: 16.04.2021)

3. Нормативные правовые акты утратившие юридическую силу

17. Изборник Святослава 1073 года — памятник древнерусской культуры, Научный аппарат факсимильного издания. М., 1983. с. 9-15. (Дата обращения: 24.04.2021).
18. Устав врачебный: [Свод законов Российской империи]. Т. 13. Изд. 1892 г. - Санкт-Петербург: Кодификац. отд. при Гос. совете, [1892]. - [2], 341 с.; 25.
19. Федеральный закон от 28.06.1991 №1499-1ФЗ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» // Ведомости СНД РСФСР и ВС РСФСР. - 1991. -№ 24. -4 июля. -Ст.920.постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»(Дата обращения: 04.02.2021).
20. Закон РСФСР от 19 апреля 1991 г. N 1034-1 "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (с изменениями и дополнениями) // URL: <https://legalacts.ru/doc/zakon-rsfsr-ot-19041991-n-1034-1-o/>. (Дата обращения: 12.05.2021).

21. Проект Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/930215-7>. (Дата обращения: 01.02.2021).
22. Закон Саратовской области от 14 апреля 1997 г. N 21-ЗСО "О правах пациента" (с изменениями и дополнениями) // URL: <http://base.garant.ru/9508168/>. (Дата обращения: 06.06.2021).
23. Постановление ВС СССР от 20.09.1972 N 3351-VIII "О мерах по дальнейшему улучшению охраны природы и рациональному использованию природных ресурсов" // URL: http://www.libussr.ru/doc_ussr/usr_7902.htm. (Дата обращения: 15.03.2021).
24. Декрет ВЦИК, СНК РСФСР от 01.12.1924 (ред. от 29.12.1971) "О профессиональной работе и правах медицинских работников (утратил силу).
25. "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 07.12.2011) (утратил силу) URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2413/. (Дата обращения: 15.03.2021).
26. ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 14 января 1960 «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР» // URL: http://www.libussr.ru/doc_ussr/usr_5492.htm. (Дата обращения: 15.03.2021).
27. ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 5 июля 1968 «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране» // URL: http://www.libussr.ru/doc_ussr/usr_6847.htm (Дата обращения: 15.03.2021).

4. Научная и учебная литература

28. Доклад Банка России «Предложения по развитию медицинского страхования в Российской Федерации», Москва 2017г. URL: http://www.cbr.ru/Content/Document/File/50686/Consultation_Paper_171003_03. (Дата обращения: 02.02.2021).

- 29.Словарь медицинских терминов // URL: <https://classes.ru/all-russian/dictionary-russian-med-term-34319.htm>. (Дата обращения: 18.02.2021).
- 30.Отдельные положения ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.hr.portal.ru/news>. 2019 г. (Дата обращения: 18.02.2021).
- 31.Колоколов Г.Р. Медицинское право. 2-е изд.: учебное пособие / Колоколов Г.Р., Махонько Н.И. — Москва: Дашков и К, Ай Пи Эр Медиа, 2012. — 382. (Дата обращения: 19.02.2021).
- 32.Программа Российской Коммунистической партии (большевиков), принятой на VIII съезде РКП(б). 18-23 марта 1919 г. // URL: <http://www.agitclub.ru/center/comm/rkpb/duverge.htm>. (Дата обращения: 18.02.2021).
- 33.Пищита А.Н. Правовой статус российского пациента (А.Н. Пищита, "Журнал российского права", N 11, ноябрь 2005 г.) // URL: <http://base.garant.ru/5204258/>. (Дата обращения: 19.02.2021).
- 34.Тимчишен, Ю. Е. Понятие и правовой статус пациента как субъекта правоотношений по оказанию медицинских услуг // Вестник Белорусского государственного экономического университета. - 2016. - № 4. - С. 104-110. (Дата обращения: 16.02.2021).
- 35.Цыганова О.А., Ившин И.В. Неоказание помощи больному: теоретические аспекты и правоприменительная практика // Медицинское право. 2014г. № 6. -С. 51-54. (Дата обращения: 18.02.2021).
- 36.Концевенко А.С. Правовое регулирование в области эмбриологии. //Современное право. 2011. № 12, 119-122. (Дата обращения: 17.02.2021).
- 37.Печникова, О.Г. Возникновение государственной медицины в России (историко-правовой аспект) // Медицинское право. 2009. № 3. С. 38–39. (Дата обращения: 17.02.2021).
- 38.Лесневич В. М. Очерки из истории медицины. Киев: Типография А. А. Галагана 1895; с 8-9. (Дата обращения: 15.03.2021).

- 39.Кабанова М. А. История церковного права России (до XVIII в.) // Право: вопросы истории и теории. Владимир: Изд-во Владимирского университета 1997;с 28-34. (Дата обращения: 18.04.2021).
- 40.Власов П. В. Из истории московских больниц — аптекарский приказ // Здоровье. 1986. № 11; (Дата обращения: 17.03.2021).
- 41.Стеценко С.Г. Юридическая регламентация медицинской деятельности в России (исторический и теоретико-правовой анализ) : дис. ... д-ра юрид. наук. СПб., 2002. 452 с. (Дата обращения: 03.04.2021).
- 42.Марченко Д.В., Тарасов А.Ю., Герман О.Ю., Белогоров С.Б. Медико-санитарное обеспечение населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций взрыво- и пожароопасного характера: учебное пособие для студентов Иркутск: ИГМУ, 2016. 72 с. (Дата обращения: 19.02.2021).
- 43.Акопов, В.И. Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья: учеб.- практ. пособие для юристов и врачей /- Ростов н/Д., 2012. 377 с. (Дата обращения: 19.02.2021).
- 44.Глашев, А.А. Медицинское право: практическое руководство для юристов и медиков / - М., 2004. 208с. // URL: <http://medbookaide.ru/books/fold1002/book2020/p1>. (Дата обращения: 23.03.2020).
- 45.Куранов В.Г. Развитие медицинского законодательства в России в советский и современный период // Пермский медицинский журнал. 2013. № 6. С. 133–139. (Дата обращения: 13.05.2021).
- 46.Трошкина О.Н. Актуальные проблемы защиты прав пациента в России в условиях глобализации [Электронный ресурс] // Наука. Общество. Государство. 2014. № 3 (7). С. 1–11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-problemyz>. (Дата обращения: 26.02.2020).

- 47.Марченко Д.А., Герман О.Ю. Правовые аспекты врачебной деятельности: современный взгляд на проблему // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. 2016. № 5. С. 85–88. (Дата обращения: 23.03.2020).
- 48.Доклад об осуществлении Территориальным органом Росздравнадзора по Тюменской области, Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре и Ямало-Ненецкому автономному округу государственного контроля (надзора) в сфере здравоохранения и эффективности государственного контроля (надзора) в 2018 году [Электронный ресурс]. URL <http://72reg.roszdravnadzor.ru/about/plans>. (дата обращения: 26.02.2021).
- 49.Доклад о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2018 год [Электронный ресурс]. URL: <https://rg.ru/2019/06/11/a1701940-dok.html>. (дата обращения: 21.02.2021).
- 50.Отчет ТФОМС Тюменской области о работе с обращениями застрахованных граждан за 6 месяцев 2019 года [Электронный ресурс]. URL: <http://www.tfoms.ru/tfoms-tyumenskoy-oblasti/pokazate>. (Дата обращения: 16.01.2021).
- 51.Колоколов Г.Р. Медицинские услуги: как пациенту отстаивать свои интересы [Электронный ресурс]. URL:<https://law.wikireading.ru/16408>. (Дата обращения: 17.01.2021).
- 52.Марченко Д.А., Герман О.Ю. Правовые аспекты врачебной деятельности: современный взгляд на проблему // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. 2016. № 5. С. 85–88. (Дата обращения: 17.01.2021).
- 53.Доклад об осуществлении Территориальным органом Росздравнадзора по Тюменской области, Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре и Ямало-Ненецкому автономному округу государственного контроля (надзора) в сфере здравоохранения и эффективности государственного контроля (надзора) в 2018 году [Электронный ресурс]. URL:<http://72reg.roszdravnadzor.ru/about/plans>. (Дата обращения: 19.01.2021).

54. Доклад о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации за 2018 год [Электронный ресурс]. URL: <https://rg.ru/2019/06/11/a1701940-dok.html>. (Дата обращения: 02.02.2021).
55. Отчет ТФОМС Тюменской области о работе с обращениями застрахованных граждан за 6 месяцев 2019 года [Электронный ресурс]. URL: <http://www.tfoms.ru/tfoms-tyumenskoy-oblasti/pokazateli-deyatelnosti-tfoms/>. (Дата обращения: 31.03.2021).

5. Правоприменительная практика

56. Определение СК по гражданским делам Верховного Суда РФ от 28 октября 2019 г. №32-КГ19-26 // URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72976644/>. (Дата обращения 24.04.2021).
57. Апелляционное определение Саратовского областного суда от 31.01.2019 по делу № 33-624/2019. Обстоятельства: Определением возвращено исковое заявление. Решение: Определение оставлено без изменения. URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=SOPV&n=392199#09704339414852963>. (Дата обращения: 26.02.2021).
58. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 "О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей" URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_131885/. (Дата обращения: 15.05.2020).
59. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 28.10.2019 №32-КГ19-26 [Электронный ресурс]. URL: <https://legalacts.ru/sud/opredelenie-sudebnoi-kollegi>. (Дата обращения: 31.03.2021)
60. Определение Судебной коллегии по гражданским делам Верховного Суда Российской Федерации от 28.10.2019 № 32-КГ19-26 [Электронный ресурс]. URL: <https://legalacts.ru/sud/opredelenie-sudebnoi-kollegii-po-grazhdanskim->

деламверховного-суда-российской-федерации-от-28102019-н-32-кз19-26/. (Дата обращения: 13.04.2020)