

**Министерство науки и высшего образования
Российской Федерации
КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Е.В. ЕПИФАНОВА

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ПУБЛИЧНО-ПРАВОВОГО
РЕГУЛИРОВАНИЯ ОХРАНЫ
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Монография

**Краснодар
2022**

Министерство науки и высшего образования
Российской Федерации
КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Е.В. ЕПИФАНОВА

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ПУБЛИЧНО-ПРАВОВОГО
РЕГУЛИРОВАНИЯ ОХРАНЫ
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Монография

Краснодар
2022

УДК 364.2:61(470+571)

ББК 51.1(2Рос)

Е 676

Рецензенты:

Доктор юридических наук, профессор

Е.Б. Лунарев

Доктор медицинских наук, профессор

Л.А. Эртель

Епифанова, Е.В.

Е 676 Актуальные вопросы публично-правового регулирования охраны здоровья населения в Российской Федерации: монография / Е.В. Епифанова; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Кубанский государственный университет. — Краснодар: Кубанский гос. ун-т, 2022. — 173 с. — 500 экз.
ISBN 978-5-8209-2072-1

В монографии освещены теоретические и практические вопросы в области охраны здоровья граждан. Особое внимание уделено становлению и эволюции системы здравоохранения и источникам медицинского права в России; влиянию норм международного права на внутрироссийское законодательство на примере трансформации понятия «охрана здоровья граждан»; применению термина «услуга» в сфере здравоохранения; вопросам административно-правового регулирования охраны здоровья населения; государственному контролю и надзору в сфере медицинской деятельности (административно-правовые и административно-процессуальные аспекты); практике применения административно-предупредительных мер и административной ответственности в условиях распространения коронавирусной инфекции.

Адресуется студентам магистратуры и преподавателям юридических вузов и факультетов.

УДК 364.2:61(470+571)

ББК 51.1(2Рос)

ISBN 978-5-8209-2072-1

© Кубанский государственный
университет, 2022

© Епифанова Е.В., 2022

ПРЕДИСЛОВИЕ

В настоящее время в России особое внимание уделяется поддержанию здоровья населения. Здравоохранение является социально значимой ведущей отраслью государственного управления в России.

Медицинская деятельность в России осуществляется на основе Конституции РФ, в которой закрепляется право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41). Это положение Конституции разработано в соответствии с требованиями ряда международных конвенций. К их числу относятся Всеобщая декларация прав человека, Конвенция о защите основных прав и свобод человека, Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины и др. Как известно, в России охрана здоровья граждан осуществляется на двух уровнях: национально-правовом и международно-правовом.

Современная реформа здравоохранения, с одной стороны, укрепила материально-техническую базу медицинских организаций, а с другой — обнажила проблемы системы российского здравоохранения.

Проводимая до пандемии оптимизация бюджетных расходов на здравоохранение, повлекшая сокращение медицинских учреждений и медицинского персонала, негативно сказалась на качестве медицинской помощи и медицинских услуг.

Еще более наглядно эти проблемы и ошибочные решения, принятые в процессе реформ, выявились в период пандемии и борьбы с COVID 19. Среди них можно выделить низкое качество медицинской помощи, отсутствие возможности свободного обращения к узким специалистам, недостаточное количество лечебных учреждений (как поликлиник, так и больниц), кадровый дефицит квалифици-

рованных медицинских работников, в том числе медицинских сестер и персонала, ориентированного на выхаживание пациентов, недоступная лекарственная помощь, отсутствие профилактической медицины, полная нежизнеспособность страховой медицины.

Не преодолен и ряд важнейших административно-правовых проблем в рассматриваемой сфере общественных отношений, среди которых: пробельность административного законодательства об охране здоровья, декларативный характер некоторых его положений, отсутствие надлежащих механизмов реализации; несовершенство системы государственного управления охраной здоровья граждан, недостаточно эффективное осуществление органами государственной власти отдельных их полномочий; нереализованность нормативно закрепленной возможности участия медицинских профессиональных некоммерческих организаций в процессе управления охраной здоровья граждан¹.

Учитывая важность данной сферы, нарушения, совершаемые в медицине, не только дискредитируют всю сферу здравоохранения, способствуя снижению авторитета ее сотрудников и формированию негативного общественного мнения относительно медицинского обслуживания населения, но и посягают на важнейшие ценности – жизнь и здоровье человека, защита которых является одной из главных обязанностей любого государства.

Изложенные обстоятельства предопределили особую значимость и своевременность изучения актуальных вопросов публично-правового регулирования охраны здоровья населения в Российской Федерации.

¹ Глуценко А.Н. Административно-правовое регулирование охраны здоровья граждан в Российской Федерации: автореф дис. ... канд. юрид. наук. Воронеж, 2016.

1. СТАНОВЛЕНИЕ И ЭВОЛЮЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОЧНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА В РОССИИ

В России становление и эволюция системы здравоохранения и источников медицинского права можно проследить на протяжении длительной истории возникновения и развития Российского государства.

Основной фигурой во врачебной деятельности выступал врач. Именно качество его труда подлежало оценке с правовой точки зрения. Поэтому первые акты в области врачевания касались только регулирования деятельности лица, осуществлявшего лечебную практику. В Древней Руси врачевателями являлись, прежде всего, волхвы. Они наделялись сверхспособностями, а их умения считались даром, ниспосланным свыше. Медицина воспринималась не как наука, а как божественный дар. Так, сборник рассказов о жизни монахов-врачевателей Киево-Печерского монастыря «Киево-Печерский патерик» содержал первые конкретные сведения о врачебной этике на Руси в XI–XII вв., а именно: врачеватель должен быть образцом человеколюбия вплоть до самопожертвования, ради больного выполнять самые черные работы, быть терпимым и сердечным по отношению к нему, делать все, что в его силах, для излечения больного и не заботиться о личном обогащении и профессиональном тщеславии¹.

Об искусстве врачевателей в XI в. свидетельствует история болезни князя Святослава Ярославича. Об умении лечить раны в XIII столетии есть прямые указания в Русской Правде: на «ранившего человека легко налагается пеня на вылечение» ран².

¹ Гуляева Е.И. Развитие древнерусской Российской культуры: автореф. дис. ... канд. ист. наук. Волгоград, 2006. С. 6.

² URL: <https://my-dict.ru/dic/enciklopediya-brokgauza-i-efrona/288097-medicina-v-rossii/>

Упоминаемые в летописях больницы имели характер богаделен, бывших в ведении монастырей. Например, в 1091 г. Переяславский епископ Ефрем приказал подведомственным ему монастырям строить «строение банное и враче и больницы всем приходящим и безмездно врачевание»¹.

К XV в. сложилась система обращения к зарубежным лечебным практикам. Так, согласно сохранившимся летописям, в это время при дворе московских князей были врачи, приглашенные из западных стран. Софийская летопись 1485 г. упоминает о «немце Онтоне», который был зарезан под мостом «как овца» за неудачное лечение. В 1490 г. печальная участь постигла еврейского врача Леона, казненного за безуспешное лечение сына Ивана III. Положение врачей было незавидным, так как в случае неудачного лечения они могли поплатиться собственной жизнью. Врачеватели на Руси не были защищены законодательно и целиком зависели от пациента, в роли которого чаще всего выступала княжеская или боярская семья.

В царствование Иоанна Грозного приглашались на службу английские врачи, аптекари и фельдшеры, учреждались больницы, открыта была первая аптека. При нем начали приниматься меры борьбы с болезнями и эпидемиями в войсках, например, при появлении жестокой эпидемии кровавого поноса среди войска, осаждавшего Кромых².

В 1592 г. были учреждены пограничные карантинны.

При царе Михаиле Федоровиче (1615 г.) лекарь состоял при войске и получал содержание от казны, а в 1616 г. встречаются перечисления полковых лекарей³.

¹ URL: <https://my-dict.ru/dic/enciklopediya-brokgauza-i-efrona/288097-medicina-v-rossii/>

² URL: <https://my-dict.ru/dic/enciklopediya-brokgauza-i-efrona/288097-medicina-v-rossii/>

³ URL: <https://my-dict.ru/dic/enciklopediya-brokgauza-i-efrona/288097-medicina-v-rossii/>

Как видим, о системе здравоохранения речи не шло. Не существовало и отдельных государственных органов, системно и целенаправленно занимавшихся вопросами здравоохранения.

Потребности экономического развития Российского государства, постоянная угроза военного нападения извне способствовали возникновению зачатков государственной медицины.

В 1620 г. был создан Аптекарский приказ – высший орган медицинского управления в Московском государстве. В обязанности этого приказа входило лечение царя, его семьи и приближенных.

В середине XVII в. Аптекарский приказ из придворного учреждения превратился в общегосударственное.

В 1654 г. при Аптекарском приказе открылась Школа русских лекарей. В XVII в. в русской медицине произошли некоторые качественные и количественные сдвиги. Лекари стали нести государственную службу со всеми вытекающими из этого правами и обязанностями¹.

По мнению П.В. Посникова, одного из первых докторов медицины, врач – это престижная и почётная профессия в России того времени².

В 1690 г. был издан Указ царей Ивана и Петра Алексеевичей «Об улучшении постановки аптечного и медицинского дела в Аптекарском приказе». Для наведения должного порядка в медицинском деле и в аптеках Указ предписывал каждому доктору и аптекарю принимать присягу и клятву.

Петр Первый положил начало развития медицинского дела как общегосударственной задачи в России. Он преобразовал Аптекарский приказ в канцелярию главной аптеки, ввел должность главного начальника всей медицинской части. Таким образом, можно отметить, что

¹ Сорокина Т.С. История медицины. М., 2006. С. 260.

² Мирский М.Б. Медицина России X–XX веков. М., 2005. С. 91.

начала формироваться система государственных органов в области здравоохранения и охрана здоровья была выдвинута в качестве общегосударственной задачи.

Однако первое медицинское учебное заведение и госпитали подчинялись Синоду. Учебная и медицинская части школ оставались в ведении медицинской власти, а содержали и заведовали ими учреждения, к которым относились госпитали. Постоянные препирательства различных ведомств с медицинской коллегией вызвали стремление объединить управление всеми школами в одних руках.

Упоминания о необходимости соблюдения чистоты, противодействии распространению инфекционных и иных болезней встречаются после принятия Соборного уложения 1649 г., когда разрабатывались различные конкретизирующие и дополняющие нормативные акты. Примером может служить именной указ Петра I «О наблюдении московскими обывателям чистоты на дворах и на улицах, о свозе всякого помету за земляной город и содержании мостовой в исправности» от 22 февраля 1709 г.¹

В 1775 г. по указу императрицы Екатерины II проведена реформа гражданского управления. В стране появилась так называемая приказная медицина².

Основную работу по её практической реализации осуществляли врачи, находящиеся на государственной службе в губернских больницах³.

¹ *Власенко С.С.* Уголовно-правовые аспекты противодействия распространению опасных инфекционных заболеваний человека: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Ростов н/Д, 2011. С. 13.

² *Мирский М.Б.* Государственная медицина России (XVI–XX вв.) // Медицина и здравоохранение в дни войны и мира: материалы науч.-практ. конф., посвященной 55-летию победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 годов. М., 2000. С. 46–54.

³ *Кузьмин В.Ю.* О медицине приказа общественного призрения // Медицина и здравоохранение в дни войны и мира. С. 88–89.

Заслуживают внимания законодательные требования, предъявляемые к врачу Приказа общественного призрения: «Всякий врач, как служащий так и не служащий, по своему званию и сопряжённому с ним классу есть уже чиновник»¹.

В середине XIX в., в период правления императора Александра II, возникла земская медицина. По образцу земской медицины была создана и действовала городская медицина².

Земские врачи как специалисты пользовались высоким авторитетом и самостоятельностью в реализации решаемых задач. Они могли влиять на принимаемые административные решения в области здравоохранения. Земский врач воспринимался как «врач всего населения и должен быть стражем и печальником его санитарных нужд; он их изучает, а потому не только прописывает рецепты, но и регистрирует. Он – врач общества, служитель общего блага, радатель широких народных нужд»³.

Принцип бесплатности больничной помощи стал одним из основополагающих в земской медицине, он означал бесплатную амбулаторную помощь с бесплатной выдачей лекарств и лечебных пособий, бесплатное лечение в боль-

¹ Юридическая регламентация медицинской деятельности в России (исторический и теоретико-правовой анализ): дис. ... д-ра юрид. наук. СПб., 2002. С. 95.

² Петрова И.А., Медведева Л.М. Медицинская интеллигенция в истории России // Бюллетень Научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко Российской академии медицинских наук. 2000. Вып. 2. С. 187.

³ Мирский М.Б. Уроки земской медицины // Земская медицина и современное здравоохранение: материалы III симпозиума Научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко Российской академии медицинских наук. 1998. Вып. 2. С. 23–30.

ницах — участковых, уездных, губернских, бесплатную хирургическую помощь и родовспоможение, бесплатное проведение всех мероприятий против инфекционных болезней и проведение различных санитарных мер. Эта помощь была бесплатной для пациента, но не для врача, который имел весомый нормативно закреплённый статус. Основанием для введения бесплатной медицинской помощи были не только общегуманные соображения, но и практические наблюдения врачей о том, что установление какой-либо, даже минимальной платы за лечение снижает обращаемость за медицинской помощью, а это лишает врачей возможности своевременно выявлять инфекционных больных и эффективно бороться с эпидемиями¹.

На основании Уложения о наказаниях 1885 г. в Российском государстве врачи не могли быть привлечены к ответственности, в том числе уголовной, даже при серьёзных ошибках в диагностике и лечении, приведших к летальному исходу.

В соответствии со ст. 870 Уложения о наказаниях «когда медицинским начальством будет признано, что врач, оператор, акушер или повивальная бабка по незнанию своего искусства делает явные, более или менее важные в оном ошибки, то им воспрещается практика, доколе они не выдержат нового испытания и не получат свидетельства в надлежащем знании своего дела. Если от неправильного лечения последует кому-либо смерть или важный здоровью вред, то виновный, буде он христианин, передается церковному покаянию по распоряжению своего духовного начальства»².

Врачебные дела в тот период времени направлялись для оценки во врачебные управы или в медицинский совет,

¹ *Мирский М.Б.* Медицина России X–XX веков. С. 315.

² Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1885 года. СПб., 1915. С. 128.

которые и решали вопрос о привлечении врача к ответственности. В соответствии с общей тогда тенденцией врачевание в силу своей исключительно гуманной направленности не могло относиться к уголовно наказуемым деяниям¹.

С развитием санитарного дела и необходимости ограждения населения от эпидемических и иных болезней возникали предпосылки для формирования норм об ответственности за распространение опасных инфекционных заболеваний человека, которые закреплялись в Уложении о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г. (в редакциях 1866 и 1885 гг.), Уставе о наказаниях, налагаемых мировыми судьями 1864 г., Уголовном уложении 1903 г.

Все имевшиеся в дореволюционных отечественных правовых актах правовые запреты в области противодействия эпидемиям разделялись на три группы: 1) запреты нарушения карантинных правил; 2) запреты нарушения санитарно-эпидемиологических правил; 3) запреты распространения венерических заболеваний².

Тем самым формировались основные направления государственной политики в области здравоохранения. В дореволюционный период (до 1917 г.) такими направлениями являлись: 1) пресечение незаконного занятия частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью; 2) противодействие распространению опасных инфекционных заболеваний человека³.

¹ Бобров О.Е. Медицинское право или бесправие медицины: избранные лекции. Киев, 2004. С. 2.

² Власенко С.С. Уголовно-правовые аспекты противодействия распространению опасных инфекционных заболеваний человека: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Ростов н/Д, 2011. С. 13.

³ Истоки и современное содержание уголовно-правовой политики в области здравоохранения: актуальные вопросы теории и практики: монография / под ред. А.В. Грошева, Е.В. Епифановой. М., 2013. С. 54.

Подведём некоторые итоги. До 1917 г. в России сложилась система органов здравоохранения. Медицинская помощь оказывалась дипломированными специалистами, о подготовке которых заботилось государство, организовывая специальные учебные заведения. Сформировалась нормативно-правовая база, регулирующая отношения в сфере государственного здравоохранения, при этом особое значение придавалась вопросам борьбы с эпидемиями.

Исторические изменения государственного строя России (1917 г.) затронули все слои общества, что отразилось и на положении медицинских работников¹. Они утратили статус государственных служащих и с этого момента не приобрели никакого иного статуса до наших дней.

Первым советским органом здравоохранения был отдел здравоохранения при Высшем совете народного хозяйства (ВСНХ) при Совете Народных Комиссаров (СНК), утвержденный 2 декабря 1917 г.

После принятия Конституции РСФСР 1918 г. был образован наркомат здравоохранения. В задачи наркомата входили организация и регулирование здравоохранения в интересах рабочих, крестьян и всех трудящихся.

Декрет СНК от 6 декабря 1921 г. «Об улучшении быта ученых» предоставил врачам дополнительное академическое обеспечение, установил премирование научных, научно-учебных и научно-популярных работ.

В годы нэпа активно создавались добровольные общества, различные организации трудящихся, например, Российское Общество Красного Креста и Красного Полумесяца (РОКК), оказывавшее помощь больницам, собиравшее средства на лечебные цели.

¹ См.: *Заблудовский П.Е.* История медицины. М., 1981. С. 12; *Марчукова С.М.* Медицина в зеркале истории. СПб., 2003. С. 72.

В 1924 г. была принята Конституция СССР, закрепившая установление общих мер в области охраны народного здоровья (п. 1 гл. 1)¹.

Здравоохранение было объявлено государственной монополией. Все существующие частные клиники объединены в единую государственную систему здравоохранения. Острая нехватка финансовых ресурсов заставляла государство уменьшать бюджетные ассигнования больницам, переводить их на финансирование из местных бюджетов.

Стремление создать единую систему государственного здравоохранения обусловило появление в уголовном законодательстве указания на незаконность занятия врачеванием как профессией лицами, не имеющими надлежаще удостоверенного медицинского образования, а равно занятие медицинским работником такого рода медицинской практикой, на которую он не имел права².

Так, УК РСФСР 1926 г. в ст. 180 закреплял, что заниматься врачеванием могут только лица, имеющие на то диплом медицинского учебного заведения и полученного на его основе регистрационного свидетельства. В случае неимения документа, а также если работник не работал по своей специальности в течение 5 лет либо при работе обнаружил явно недостаточные знания, соответствующие лица могли быть подвергнуты проверочному испытанию или прохождению практического стажа. В случае если по получении регистрационного свидетельства медработник в своей практической работе обнаружит явно недостаточные знания, выданное ему регистрационное свидетельство

¹ Хрестоматия по истории СССР: учеб. пособие / под ред. Э.М. Шагина. М., 1991.

² Уголовный кодекс. Научно-практический комментарий / под ред. М.Н. Гернета и А.Н. Трайнина. М., 1927. С. 273.

могло быть у него отобрано, и он лишался права заниматься врачеванием¹.

УК РСФСР 1922 г. содержал ст. 165, в которой закреплялось установление уголовной ответственности за неоказание помощи больному без уважительной причины со стороны лица, обязанного ее оказывать по закону или по установленным правилам, а также за отказ медицинского персонала в оказании медицинской помощи, если он заведомо мог иметь опасные для больного последствия².

Аналогичная статья (ст. 157) содержалась в УК РСФСР 1926 г. Если медицинским работником были причинены телесные повреждения различной степени тяжести или наступила смерть пациента вследствие действий медицинского персонала, то наступала ответственность по общим статьям Уголовного кодекса (1922, 1926 гг.) за убийство и причинение телесных повреждений.

Конституция 1936 г. провозгласила «установление общих начал в области просвещения и здравоохранения» (ст. 14 гл. II). Народный комиссариат здравоохранения стал относиться к союзно-республиканскому ведению (ст. 78 гл. V).

В отношении борьбы с эпидемиями и распространением заразных заболеваний в УК РСФСР 1922 г. ст. 216 закрепляла уголовную ответственность за неизвещение подлежащих властей со стороны лиц, к тому обязанных, о случаях заразных болезней или падежа скота. Такая норма была необходима для снижения уровня смертности населения.

¹ Уголовный кодекс. Научно-практический комментарий / под ред. М.Н. Гернета и А.Н. Трайнина. М., 1927. С. 274.

² Уголовный кодекс. Текст с постатейно-систематизированным материалом законодательного и ведомственного характера (декреты, инструкции, циркуляры, разъяснения Пленума Верховного Суда, кассационная практика с предисловием Д.И. Курского. М., 1924. С. 623.

В противоположность ст. 216 УК РСФСР 1922 г., ст. 181 УК РСФСР 1926 г. была, с одной стороны, шире, а с другой стороны, уже. Она была шире, так как говорила обо всех видах нарушений правил по охране народного здоровья, специально изданных в целях борьбы с эпидемиями, под действие этой статьи подходило не только неизвещение или несвоевременное извещение властей, но и несоблюдение правил о карантине, об изоляции больных и т.п. Она была уже, поскольку имела в виду не все случаи заразного заболевания граждан, а лишь те заразные болезни, в отношении которых были изданы специальные правила, направленные на предупреждение эпидемий. Данная статья применялась только в отношении людей, в то время как ранее действовавшая охватывала также неизвещение о заразных болезнях или падеже скота¹.

УК РСФСР 1960 г. в целях защиты здоровья населения запретил занятие врачеванием как профессией лицом, не имевшим надлежащего медицинского образования. Врачеванием признавалась деятельность, связанная с оказанием воздействия на здоровье конкретных лиц. Не рассматривалось как врачевание чтение публичных лекций, выступления перед слушателями с пропагандой различных методов лечения, профилактики заболеваний, способов укрепления здоровья².

Как видим, государство проводило курс на поддержание высокого профессионального уровня медицинских работников и преследование в уголовном порядке непрофессионалов, в том числе магов, целителей, знахарей.

¹ Уголовный кодекс. Научно-популярный практический комментарий с дополнениями и изменениями по 15 августа 1927 года / под ред. М.Н. Гернета и А.Н. Трайнина. М., 1927. С. 275.

² Текст ст. 221 УК РСФСР 1960 г. (в ред. Указа Президиума Верховного Совета РСФСР от 03.12.1982). См.: Комментарий к УК РСФСР. М., 1992. С. 567.

УК РСФСР 1960 г., сохранив ориентир на охрану здоровья граждан, закрепил ответственность за неоказание помощи больному лицом, обязанным ее оказывать по закону или специальному правилу.

Статья 128 УК РСФСР 1960 г. предусматривала ответственность за неоказание помощи как акт невыполнения профессиональных медицинских обязанностей. Неоказание же помощи должностным лицом медицинского учреждения при соответствующих условиях квалифицировалось как должностное преступление¹.

Обязанность оказания помощи больным возлагалась на медицинских и фармацевтических работников законами и подзаконными актами (специальными правилами).

Так, согласно ст. 33 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении медицинские и фармацевтические работники обязаны были оказывать первую неотложную помощь гражданам в дороге, на улице и в иных общественных местах и на дому².

Тем самым уголовным законодательством защищалось право на охрану здоровья пациента – основное право, гарантированное Конституцией.

Противоэпидемическая политика получила свое развитие в Правилах о предотвращении эпидемических и иных заразных болезней, которые принимались Советом Министров СССР, советами министров союзных и автономных республик, местными Советами народных депутатов, Министерством здравоохранения СССР, министрами здравоохранения союзных и автономных республик. Таковы правила проведения предохранительных прививок, выявления заразных болезней, санитарной охраны границ, истребления грызунов, переносчиков инфекции, правила во-

¹ Комментарий к УК РСФСР. М., 1992. С. 339.

² Ведомости Верховного Совета СССР. 1969. № 52. Ст. 466.

допользования, санитарного контроля за качеством продовольственных товаров и т.п. Органы власти в случае угрозы возникновения или распространения эпидемических инфекционных заболеваний имели право вводить особые карантинные правила на соответствующих территориях. Нарушение этих правил влекло уголовную ответственность по ст. 222 УК РСФСР 1960 г.¹

В Основах законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении² подчеркивалось, что охрана здоровья граждан является обязанностью всех государственных органов. В ст. 3 этого акта отмечались аспекты права на охрану здоровья: бесплатная квалифицированная медицинская помощь, расширение сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан; развитие техники безопасности и производственной санитарии; проведение профилактических мероприятий; оздоровление окружающей среды; специальная забота о здоровье детей, включающая запрещение детского труда, не связанного с воспитанием и обучением; проведение научных исследований, связанных с предупреждением и снижением заболеваемости, а также обеспечением долголетней активной жизни граждан. Как видно из этого обширного списка, право на охрану здоровья уже в поздний советский период (с 1969 г.) приобретает комплексный характер, охватывает различные аспекты – от оказания медицинской помощи до заботы об окружающей среде. Подробное раскрытие мер, принимаемых для охраны здоровья граждан, содержалось в ст. 5 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении. Важной особенностью регулирования права на охрану здоровья в советский период

¹ Комментарий к УК РСФСР. М., 1992. С. 568.

² Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении: Закон СССР от 19.12.1969 // Ведомости Верховного Совета СССР. 1969. № 52. Ст. 466.

была государственная основа всех частей системы здравоохранения. Медицинская помощь оказывалась исключительно в специальных государственных учреждениях. Статья 4 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении устанавливает обязанность всех государственных органов, учреждений, организаций и предприятий осуществлять охрану здоровья населения. Кроме того, принимать участие в охране здоровья в определенном законодательством порядке могли профсоюзы, общества Красного Креста и Красного Полумесяца и иные общественные организации. Граждане СССР также обязаны были относиться бережно к своему здоровью и здоровью всех членов общества¹.

В 1977 г. была принята новая Конституция СССР, в которой здоровье людей провозглашалось одной из высших ценностей общества. В ней указывалось, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Законодательством СССР была гарантирована бесплатная медицинская помощь гражданам. Установлены следующие основные принципы:

– государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;

– государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний;

¹ Об утверждении Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о здравоохранении: Закон СССР от 19.12.1969 № 4589-VII. URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=ESU&dst=100001&n=21343&req=doc#VabujvScJMyhNwSv>

— государство финансирует союзные программы охраны и укрепления здоровья населения, поощряет деятельность, способствующую укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию;

— государство обеспечивает профилактическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособий по временной нетрудоспособности.

Конституцией СССР и другими нормативными актами были установлены система органов исполнительной власти и основы их компетенции в области здравоохранения.

Общее руководство здравоохранением осуществляло Правительство СССР. Оно обеспечивало проведение в стране государственной политики в области здравоохранения; утверждало и финансировало союзные программы по развитию здравоохранения; координировало в области охраны здоровья граждан деятельность органов государственного управления, а также предприятий, учреждений и организаций.

К основным задачам Минздрава СССР относились: разработка основ государственной политики в области здравоохранения, в том числе санитарно-эпидемиологического благополучия населения; разработка и реализация союзных целевых программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, обеспечению населения лекарственными средствами, медицинской техникой и изделиями медицинского назначения; организация оказания медицинской помощи населению; осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора, санитарно-гигиеническое нормирование, координация и регулирование вопросов

охраны здоровья населения в связи с воздействием на человека неблагоприятных факторов среды его обитания и условий жизнедеятельности; обеспечение функционирования ведомственной системы профессионального образования в области здравоохранения; координация, обеспечение методического руководства учреждениями здравоохранения; организация проведения научных исследований, внедрение достижений науки и техники в медицинскую практику; разработка нормативов и стандартов в области здравоохранения, включая медицинскую помощь, фармацевтическую деятельность, контроль за их соблюдением; охрана здоровья матери и ребенка; профилактика инвалидности и медицинская реабилитация инвалидов.

Минздрав СССР, выполняя возложенные на него задачи, осуществлял разнообразные функции и полномочия, в том числе разрабатывал совместно с другими органами исполнительной власти и учреждениями здравоохранения целевые программы в области здравоохранения; проводил экспертизу проектов союзных и иных программ, затрагивающих вопросы охраны здоровья, входящие в компетенцию министерства.

В советский период Россия достигла значительных успехов в создании действенной системы здравоохранения, что совместно с общим повышением (в сравнении с дореволюционным состоянием) уровня жизни, грамотности и социально-гигиенической культуры населения оказывало существенное положительное влияние на динамику смертности. В этом процессе особое значение имела советская концепция развития общественного здравоохранения, «ориентированная на массовую профилактику и предупреждение инфекционных и эпидемических заболеваний, на вакцинацию и иммунизацию всего населения». В резуль-

тате страна, пережившая в XX в. немало потрясений, к середине 1960-х гг. достигла среднеевропейского уровня продолжительности жизни (около 70 лет)¹.

При этом все опасные инфекционные и паразитарные заболевания, болезни органов дыхания и пищеварения, младенческая и материнская смертность были поставлены под достаточно эффективный социальный контроль, благодаря чему были решены основные задачи первого этапа эпидемиологической революции и страна вступила во второй её этап, на котором доминировали уже хронические патологии, включая болезни системы кровообращения и новообразования (что характерно для постпереходного общества). В то же время оставалась довольно высокой смертность от несчастных случаев, отравлений и травм, а также экзогенных причин заболеваемости и смертности². В России (в отличие от большинства западных стран) не удалось обеспечить надёжный контроль над факторами риска и эффективную борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями и раком; поэтому с середины 1960-х годов рост ожидаемой продолжительности жизни сменился периодом стагнации³.

В 1970–1980-е гг. в связи с начинающимся эпидемиологическим переходом, новыми условиями социально-экономического развития страны необходимо было перевести здравоохранение на новый режим функционирования, но в силу ряда причин это не было сделано. Более того, усилились негативные тенденции, связанные с остаточным

¹ Захарова О.Д. Демографический кризис в России: уроки истории и перспективы // Социологические исследования. 1995. № 9. С. 99–109.

² Там же.

³ Меле Ф., Школьников В.М., Франс Меле, Хертриш В., Валлен Ж. От чего умирают в России и во Франции? // Мир России. 1997. Т. 6, № 4. С. 12–18.

принципом финансирования, господством административно-командных методов управления, уравнительным затратным характером всего народного хозяйства.

В условиях командно-административной системы форма хозяйствования в здравоохранении отражала ее основополагающие черты. Эти черты и признаки могут быть сведены к следующему.

Во-первых, это иерархическая многоуровневая подчиненность; во-вторых, определение на уровне высших звеньев управления целей развития лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и путей их достижения; в-третьих, текущая координация и текущий контроль деятельности нижестоящих звеньев; в-четвертых, доведение до ЛПУ обязательных к исполнению адресных плановых заданий, к выполнению которых привязывалась система оценки и стимулирования.

Все это приводило к негативным последствиям: хронической нехватке финансовых средств, неэффективному использованию имеющихся ресурсов, недостаточным материальным стимулам, отсутствию возможности здравоохранения влиять на демографические, экологические, социально-экономические факторы, определяющие условия жизни людей и состояние их здоровья.

Можно утверждать, что в 1980-е гг. в нашей стране сложился своеобразный кризис здравоохранения, который проявлялся особенно остро по следующим направлениям¹:

1. Кризис здоровья. Если еще 20 лет назад группа здоровых составляла приблизительно 30% от общего числа населения, то к 1990 г. – около 20%. Более 25% населения ежегодно госпитализировалось в больницы, из каждых 100 новорожденных 11 имели дефекты физического и психического состояния. Снизилась средняя продолжительность жизни.

¹ Медицина и права человека. М., 1992. С. 106.

2. Кризис финансирования. Если в начале 1970-х гг. расходы на здравоохранение составляли около 10% от ВВП, то к 1990 г. они снизились более чем до 3% от ВВП.

3. Кризис материально-технической базы.

4. Кризис кадров.

5. Кризис законодательной базы.

В 1980 г. Верховным Советом СССР были приняты Основы законодательства Союза ССР и союзных республик об административных правонарушениях¹ и на их базе разработан Кодекс РСФСР об административных правонарушениях.

Кодекс РСФСР об административных правонарушениях (утв. ВС РСФСР 20.06.1984) (ред. от 16.07.1993)² содержал и статьи, регулирующие административную ответственность за совершение правонарушений, посягающих на здоровье населения (гл. 5): нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм (ст. 42); нарушение санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил на транспорте (ст. 43); незаконные приобретение или хранение наркотических средств в небольших размерах либо потребление наркотических средств без назначения врача (ст. 44); сокрытие источника заражения венерической болезнью и контактов больных, создающих опасность заражения (ст. 45).

Отечественное здравоохранение прошло сложный исторический путь развития, тесно связанный с ходом поли-

¹ Основы законодательства Союза ССР и союзных республик об административных правонарушениях. URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=ESU&dst=&n=44928&req=doc#6CCsjvSUJSVzAMoN2>

² Кодекс РСФСР об административных правонарушениях (утв. ВС РСФСР 20.06.1984). URL: <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?base=LAW;n=2318;req=doc#jffgjevSNBdxOeIRA>

тической истории. Традиционно сложилось, что здравоохранение наряду с образованием воспринималось в советском обществе как сфера «бесплатных» услуг. И хотя, как и любая другая бюджетная сфера, она финансировалась из карманов налогоплательщиков, однако внешняя бесплатность образования десятилетиями фигурировала в обществе не просто как нечто само собой разумеющееся, но и даже как «преимущество» существовавшего общественного строя¹.

В начале 1990-х гг. с переходом к новым социально-экономическим отношениям была принята Конституция Российской Федерации (1993) и ряд законов, регламентировавших медицинскую деятельность, например: Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан (1993); Закон РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (1991); Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (1992); Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (1992); Закон РФ «О защите прав потребителей» (1992) и др.

В ноябре 1991 г. законодательный орган страны принял постановление «О Декларации прав и свобод человека и гражданина». Сущность этого постановления сводилась к принятию Декларации и приведению российского законодательства в соответствие с ее положениями. Декларация стала одним из важных элементов Конституции Российской Федерации, принятой 12 декабря 1993 г., и составила

¹ *Маколкин В.И.* Воспоминания об учителе-академике В.Н. Виноградове / Исторический вестник Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. М., 1996. Т. 4; *Маколкин В.И.* Роль Факультетской терапевтической клиники ММА им. И.М. Сеченова в развитии отечественной внутренней медицины // Исторический вестник Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. М., 1996. Т. 4; Медицина и права человека. М., 1992; Россия и мир: учеб. книга по истории; в 2 ч. / под ред. А.А. Данилова. М., 1997. Ч. 1; Слово о науке. М., 1981; Хрестоматия по истории СССР: учеб. пособие / под ред. Э.М. Щагина. М., 1991.

основное содержание гл. 11 (ст. 17–64). Здесь заложен ряд кардинальных положений:

- о равенстве всех граждан перед законом и судом (ст. 19);
- о праве на жизнь (ст. 20);
- об охране достоинства личности государством, о невозможности подвергаться унижающему человеческое достоинство обращению, медицинским, научным или иным опытам без добровольного согласия (ст. 21);
- о запрещении распространения информации о частной жизни человека (ст. 24);
- о защите государством материнства, детства и семьи (ст. 38);
- о гарантиях социального обеспечения по возрасту, болезни и инвалидности (ст. 39);
- о праве на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41);
- о праве на благоприятную окружающую среду (ст. 42);
- о государственной и судебной защите его прав и свобод (ст. 45; 46);
- о государственной защите прав потерпевших от преступлений и злоупотреблений властью, компенсации причиненного ущерба (ст. 52).

В исключительном ведении государства находится регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина, установление основ федеральной политики в области экологического и социального развития, в то время как в совместном ведении государства и субъектов Федерации находятся охрана окружающей среды, обеспечение экологической безопасности, координация вопросов здравоохранения, защита семьи, материнства и детства, осуществление мер по борьбе с эпидемиями. Реализация этих положений осуществляется исполнительной властью – Правительством Российской Федерации.

Основы отношений между каждым человеком и государством в области здравоохранения определяет ст. 41 Конституции РФ. Эта статья провозглашает обязанность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения оказывать гражданам бесплатную медицинскую помощь и в то же время предусматривает ответственность должностных лиц за сокрытие фактов и обстоятельств, создавших угрозу жизни и здоровью людей. Иначе говоря, взаимоотношения между пациентом и врачом определяются, с одной стороны, конституционным правом каждого человека на получение бесплатной медицинской помощи, а с другой – конституционной обязанностью государства в лице государственных и муниципальных учреждений здравоохранения оказывать эту помощь.

Основные принципы деятельности медицинских учреждений и медицинских работников по практической реализации упомянутого конституционного права граждан были изложены в ранее действовавших Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (1993).

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан состояли из 12 разделов.

В разделе 1 отмечалось, что охрана здоровья каждого человека гарантируется в соответствии с конституционными нормами и реализуется через совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на укрепление здоровья каждого человека.

Раздел 2 касался разграничения Конституции РФ, субъектов Федерации и муниципальных органов по охране здоровья граждан.

Раздел 3 определял основные положения организации охраны здоровья в государстве.

Раздел 4 был посвящен правам граждан в области охраны здоровья.

Раздел 5 разъяснял права определенных групп населения (беременных женщин, несовершеннолетних, пожилых людей, инвалидов, лиц, подлежащих призыву в Вооруженные силы и др.).

Раздел 6 регламентировал права граждан при оказании медико-социальной помощи. Этот раздел относился к каждодневной медицинской практике.

В разделе 7 впервые законом регулировалась медицинская деятельность по планированию семьи и в отношении репродуктивной функции человека (искусственное оплодотворение и имплантация эмбрионов, искусственное прерывание беременности).

В разделе 8 излагались гарантии осуществления медико-социальной помощи. Отдельные статьи этого раздела касались применения новых медицинских методов и лекарственных средств, биомедицинских исследований с привлечением человека, запрета на эвтаназию (ускорение наступления смерти обреченного пациента), изъятия у человека органов и тканей для трансплантации.

Раздел 9 регламентировал определенные виды экспертиз. К таковым в Российской Федерации относились:

- 1) экспертиза временной нетрудоспособности;
- 2) медико-социальная;
- 3) военно-врачебная;
- 4) судебно-медицинская;
- 5) судебно-психиатрическая;
- 6) независимая медицинская.

Раздел 10 рассматривал права медицинских и фармацевтических работников. В этом разделе подробно излагались вопросы, связанные с врачебной тайной. Врачебная тайна – это сведения о самом факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе, обследовании и лечении гражданина.

Раздел 11 был посвящен международному сотрудничеству в области охраны здоровья.

Раздел 12 касался ответственности за причинение вреда здоровью граждан. В нем рассматривались основания возмещения вреда, порядок возмещения затрат по оказанию медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий, ответственность медицинских и фармацевтических работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья.

Частные вопросы этих положений содержались в других законодательных нормах (в уголовном, гражданско-правовом и других законодательствах).

Положения законодательства о здравоохранении развивались и детализировались ведомственными документами, определявшими порядок решения частных вопросов здравоохранения (приказы, распоряжения, инструкции, правила, методические письма и т. д.).

Созданная в 1994 г. Ассоциация врачей России в 1997 г. приняла этический кодекс врача.

В последующем появился ряд новых законов РФ, например: «Об экологической экспертизе», «О лекарственных средствах», «О предупреждении распространения ВИЧ-инфекции на территории РФ», «О психиатрической помощи» и ряд других¹.

Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ (КоАП РФ) (с изменениями и дополнениями) содержит указания на административную ответственность за совершение административных правонарушений, посягающих на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения (гл. 6), к ним относятся: сокрытие источника заражения ВИЧ-инфекцией, венерической болезнью и контактов,

¹ Колбасова Т. Лимит доверия. Врач и общество // Медицинское право. 2011. № 16 (557). URL: <http://medvestnik.ru/archive/2011/16/3890.html>

создающих опасность заражения (ст. 6.1); побои (ст. 6.1.1.0); незаконное занятие народной медициной (ст. 6.2); нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (ст. 6.3); нарушение законодательства Российской Федерации в области генно-инженерной деятельности (ст. 6.3.1); нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта (ст. 6.4); нарушение санитарно-эпидемиологических требований к питьевой воде (ст. 6.5); нарушение санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения (ст. 6.6); нарушение санитарно-эпидемиологических требований к условиям отдыха и оздоровления детей, их воспитания и обучения (ст. 6.7); незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов и незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества (ст. 6.8); потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ (ст. 6.9); уклонение от прохождения диагностики, профилактических мероприятий, лечения от наркомании и (или) медицинской и (или) социальной реабилитации в связи с потреблением наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача либо новых потенциально опасных психоактивных веществ (ст. 6.9.1)¹. По сравнению с ранее действовавшим КоАП РСФСР перечень

¹ Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. № 195-ФЗ (КоАП РФ) (с изменениями и дополнениями). URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/12125267/paragraph/334292902/doclist/2774/showentries>

административных правонарушений, посягающих на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения, был расширен.

Изначально возникнув как поручение пациента врачу, медицинская помощь с течением времени обрела правовое положение услуги. В экономическом аспекте этого отношения имеет место производство и потребление услуги субъектами такого отношения – производителем и потребителем (клиентом).

В настоящее время действует Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 01.11.2011 №323-ФЗ), который закрепил новые отношения в медицине. Ныне стороны медицинских отношений – это врач (медицинское учреждение), предоставляющий услугу, и пациент, потребитель услуги. Сама медицинская помощь рассматривается как услуга, которая должна быть качественной.

В юридическом смысле указанные стороны представлены соответственно как исполнитель (медицинский хозяйствующий субъект) и заказчик (гражданин). В этих отношениях действия врача согласно ст. 402, 1068 ГК РФ считаются действиями его работодателя (медицинской организации).

Правоотношения, возникающие при оказании медицинской помощи, довольно сложны, так как в их регулировании участвуют различные отрасли права. В связи с этим очень важно определить субъектов этих правоотношений. Без решения данного вопроса нельзя установить, кто несет ответственность перед пациентом. Непосредственно медицинскую помощь, т.е. совокупность нужных в конкретном случае профессиональных действий, осуществляет медицинский работник. Он ее оказывает. Поэтому субъектом оказания медицинской помощи выступает именно медицинский работник. Организация, осуществляющая меди-

цинскую деятельность, предоставляет пациенту медицинскую помощь. Таким образом, медицинский работник – это субъект оказания медицинской помощи, а организация, с которой он связан трудовыми отношениями, – субъект ее предоставления.

Ответственность медицинского работника перед пациентом наступает по законным основаниям в связи с осуществленными профессиональными действиями. Неблагоприятные для здоровья пациента последствия таких действий влекут как персональную ответственность медицинского работника (уголовную), так и имущественную (гражданско-правовую) ответственность организации, в которой этот медицинский работник осуществляет свою профессиональную деятельность.

Пациент же является субъектом получения медицинской услуги. Он ничем не обязан ни медицинской организации, ни врачу, ни государству. Его обязанности не могут быть иными, кроме исчерпывающе установленных законом (Конституцией РФ и не противоречащими ей законодательными актами). Совокупность же его прав не ограничивается ничем, кроме как противоречием правам иных субъектов и объективному праву (закону).

В отличие от иных профессиональных услуг, например юридических, медицинская услуга ориентирована на особое благо – здоровье. Медицина имеет дело с состоянием человеческого здоровья, для поддержания, восстановления и укрепления которого осуществляется специальная деятельность, включающая инвазивные (с нарушением целостности покровов, проникающие) и неинвазивные способы воздействия на организм. Организм человека как предмет медицинской деятельности и целевое воздействие на состояние здоровья как ее объект существенно отличают медицинскую услугу от иных профессиональных услуг.

Актуальность обособления категории медицинской услуги в ряду профессиональных услуг с ограничением от

прочих услуг, выделение ее в качестве первоосновы медицинской деятельности в целом, обозначение правового режима оказания медицинской услуги и возможностей его приведения в соответствие не только с законом, но и с самостоятельно устанавливаемыми участниками правилами поведения в рамках договора медицинской услуги обусловлены повышением значения правовых способов регулирования отношений¹.

В 1990-е гг. политика в области здравоохранения претерпела определенную либерализацию. К вопросу о профессионализме возвратились с принятием Федерального закона от 22 июля 1993 г. № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»²; Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, в котором в числе ведущих направлений государственной политики в области здравоохранения закреплены: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; приоритет охраны здоровья детей; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья; доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи; приоритет

¹ Сашко С.Ю., Балло А. М. Юридическая оценка дефектов оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации. СПб., 2001. С. 45.

² Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан: ФЗ РФ от 22.07.1993 № 5487-1 // Ведомости Советов народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1993. № 33. Ст. 1318.

профилактики в сфере охраны здоровья; соблюдение врачебной тайны.

Приоритетные направления, в рамках которых в предыдущий исторический период развивалась государственная политика в сфере здравоохранения, сохранились. Более того, они расширились за счет появления ряда статей, направленных на противодействие наркотизму; незаконному обороту сильнодействующих или ядовитых веществ, не являющихся наркотическими средствами или психотропными веществами, в целях сбыта; неправомерному изъятию органов или тканей человека для трансплантации; заражению ВИЧ-инфекцией; нарушению в области страхования в связи с переходом на страховую медицину.

В настоящее время внедряется новый хозяйственный механизм здравоохранения. Представляется, что в целом сделанные в этом направлении шаги были правильными, однако резкая смена приоритетов в концептуальном развитии страны, переход на рыночные рельсы в значительной степени радикализировали обстановку и потребовали новых подходов к дальнейшему развитию всей системы охраны здоровья населения.

В мае 2012 г. Министерство здравоохранения и социального развития РФ было преобразовано в Министерство здравоохранения РФ¹ и Министерство труда и социальной защиты РФ, создана путём выделения из Минздрава Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор).

Согласно Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 2013 г. № 1160 «Об утверждении структуры Министерства здравоохранения

¹ Об утверждении структуры Министерства здравоохранения Российской Федерации: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2013 № 1160. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70494144/>

Российской Федерации» выделены: руководство министерства; помощники, советники федерального министра; 16 департаментов и 2 отдела (по защите гостайны; по мобилизационной подготовке и мобилизации).

Обозначены следующие департаменты: организации экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности; организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела; медицинской помощи детям и службы родовспоможения; охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека; мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения; инновационного развития и научного проектирования; медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении; лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий; государственного регулирования обращения лекарственных средств; международного сотрудничества и связей с общественностью; учетной политики и контроля; инфраструктурного развития и государственно-частного партнерства; информационных технологий и связи; управления делами и кадров; правовой; финансово-экономический.

Росздравнадзор в соответствии с Положением о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 323, осуществляет полномочия по государственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности посредством проверок:

– соблюдения органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями, а также индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность, прав граждан в сфере охраны здоровья;

– соблюдения медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

– соблюдения медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, порядка проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

– соблюдения медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

– соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптекных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации;

– организации и осуществления ведомственного контроля и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности соответственно федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения¹.

В 2010 г. Правительством Российской Федерации принято решение о направлении дополнительных средств на

¹ Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения: Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 № 323 (в ред. от 24.11.2020). URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/medactivities/statecontrol>

модернизацию системы здравоохранения. Программа модернизации здравоохранения проводилась с 2011 по 2013 г.

В рамках оперативного исполнения мероприятий модернизации решались три задачи: укрепление материально-технической базы медицинских организаций; внедрение современных информационных систем в здравоохранение; внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, профилактические осмотры.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения согласно Положению, утвержденному Гостановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 323, и в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 июня 2011 г. № 607 и от 24 апреля 2012 г. № 397 осуществляла контроль за реализацией мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, и государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение.

До пандемии основными направлениями контроля в рамках программы модернизации был контроль за эффективным использованием медицинского оборудования, за реализацией программы модернизации здравоохранения в части мероприятий по строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров, а также за итогами реализации программы модернизации здравоохранения.

Контроль был и остается одним из ключевых звеньев системы государственного управления. От его эффективности зависят реализация решений Президента Российской Федерации и органов исполнительной власти, исполнение

бюджетных обязательств, а в конечном счете – обеспечение прав и законных интересов граждан России.

Приведем показатели проверок, наглядно выявляющие существовавшие проблемы, послужившие основанием для модернизации в сфере здравоохранения.

В 2010 г. сотрудниками центрального аппарата и территориальными управлениями Росздравнадзора проведено 35 916 проверок. По результатам проверок составлены предписания об устранении 12 287 выявленных нарушений действующего законодательства. Это свидетельствует о том, что 34,2% хозяйствующих субъектов, осуществляющих деятельность в сфере здравоохранения и социального обслуживания, нарушают законодательство Российской Федерации, т.е. каждое третье проверенное юридическое лицо/индивидуальный предприниматель. Были составлены протоколы об административных правонарушениях в отношении каждой пятой проверенной организации (28,3% от общего количества проверенных организаций) – 3 473 протокола. Все протоколы об административном правонарушении направлены в судебные органы, рассмотрены ими и назначены административные штрафы на сумму 19 276,95 тыс. р., взыскано штрафов на сумму 18 003,98 тыс. р. В 2010 г. судебными органами приостановлено действие лицензий 24 юридических лиц (11 – на осуществление медицинской деятельности, 13 – на осуществление фармацевтической деятельности). Решением суда 11 лицензиатам аннулирована лицензия на осуществление фармацевтической деятельности¹.

В период с 2011 по 2019 г. проводились проверки по регионам, выявившие однотипные проблемы в сфере здравоохранения. Например, с 21 по 25 ноября 2011 г. на основании Приказа Росздравнадзора от 14 ноября 2011 г. № 7314-Пр/11 «О проведении плановой выездной проверки

¹ URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/control/results/documents/65289>

в Республике Марий Эл» проведена проверка вопросов качества оказания медицинской, социальной и лекарственной помощи населению Республики Марий Эл. В результате проверки выявлены нарушения Федерального закона от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» в вопросах реализации переданных полномочий по лицензированию медицинской, фармацевтической деятельности, а также деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Так, имели место: незаконные отказы в предоставлении лицензий на медицинскую деятельность; требования от соискателя лицензии представить документы, не предусмотренные Федеральным законом от 8 августа 2001 г. № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»; отсутствие в лицензионных делах документов, необходимых для получения лицензии, документального подтверждения полноты и достоверности сведений о соискателе лицензии, в то же время принимались положительные решения о предоставлении лицензии; незаконное амнистирование при выявлении нарушений действующего законодательства юридическими лицами; превышение установленных предельных розничных надбавок к фактическим отпускным ценам производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; реализация аптечными организациями лекарственных препаратов с истекшим сроком годности.

Выявлено, что в республике плановый контроль учреждений государственной системы здравоохранения по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи лицензирующим органом не проводился. В результате отсутствия должных мер контроля и применения соответствующих мер надзора ситуация в государственном секторе здравоохранения не улучшается. Об этом свидетельствовал и неукоснительный рост жалоб граждан: в 2010 г. —

619 обращений, в 2011 г. – 698 обращений. При этом не все обращения (жалобы) граждан охвачены проверялись, выездные проверки по жалобам граждан проводились в 22% случаях, таким образом, лицензирующий орган не справлялся со своей основной задачей – защитой интересов граждан республики.

Выявленные нарушения Министерством здравоохранения Республики Марий Эл допускались ранее, они носили системный характер. Кроме того, полномочия, переданные на уровень субъектов Российской Федерации, исполнялись с нарушениями действующего законодательства¹.

Указанные нарушения были характерны и для других регионов России.

Приведем результаты проверки качества оказания медицинской и лекарственной помощи населению Удмуртской Республики.

Выявлены нарушения и установлены следующие факты: предоставление Министерством здравоохранения Удмуртской Республики недостоверной информации о количестве рецептов, находящихся на отсроченном обеспечении; необоснованные отказы в выписке льготных рецептов на рекомендованные врачом лекарственные препараты и, наоборот, назначения лекарственного препарата без проведения дополнительных методов обследований, без осмотра врача; выписка лекарств без учета остатка лекарственных препаратов, имеющихся у пациента; отсутствие возможности оперативного взаимодействия между медицинскими и аптечными организациями по вопросу наличия лекарственных препаратов; формальность в работе врачебных комиссий по обоснованности назначения лекарственных препаратов.

¹ URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/control/results/documents/65289>

Следует отметить, что в республике отсутствуют должные меры контроля и надзора по вопросам льготного обеспечения граждан лекарственными препаратами. Как следствие, ситуация с лекарственным обеспечением льготной категории граждан в регионе не улучшается, количество обращений граждан по вопросам лекарственного обеспечения не снижается. Был сделан вывод о том, что в система здравоохранения Республики не готова в полном объеме к исполнению требований, установленных порядками оказания медицинской помощи, а именно в медицинских организациях не соблюдались стандарты оснащения медицинским оборудованием, имелся дефицит медицинского персонала.

В Удмуртской Республике имели место простой и задержка ввода в эксплуатацию медицинского оборудования, темпы освоения бюджетных средств составляют 66%. Оснащение санитарного автотранспорта медицинских организаций бортовой аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС в полном объеме не было завершено. Выявлено также нарушение ведения регионального сегмента Федерального регистра медицинских работников. Управлением по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности при Правительстве Удмуртской Республики обеспечивался не на должном уровне контроль за медицинскими и аптечными организациями, в 2011 г. проверено 1,8% организаций от общего количества организаций, осуществляющих деятельность в республике, в 2012 г. – 1,1% организаций¹.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения в период с 9 по 13 декабря 2013 г. на основании Приказа Росздравнадзора от 8 ноября 2013 г. № 6448-Пр/13 «О проведении плановой выездной проверки в Хабаровском крае»

¹ URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/control/results/documents/65289>

провела плановую выездную проверку полноты исполнения Министерством здравоохранения Хабаровского края переданных полномочий по вопросам качества оказания медицинской и лекарственной помощи населению региона. Выявлены следующие нарушения: превышение полномочий при предоставлении государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности в части проведения проверок и предоставления лицензий организациям, находящимся на территории других субъектов Российской Федерации; допущение незаконного амнистирования медицинских и аптечных организаций; превышение сроков переоформления лицензий; проведение без законных на то оснований внеплановых выездных проверок соискателей лицензий и лицензиатов; предоставление лицензии без проведения внеплановых выездных проверок соответствия лицензионным требованиям и при отсутствии специалистов и необходимого оборудования для хранения лекарственных средств; отсутствие межведомственного информационного взаимодействия, оформления рецептов на рекомендованные лекарственные препараты; формализм в работе врачебных комиссий; нарушение порядка оформления медицинской документации. По результатам проверки Росздравнадзором сделан вывод о том, что в Хабаровском крае полномочия, переданные на уровень субъектов Российской Федерации, исполняются некачественно и не в полном объеме. В связи с этим выдано предписание о принятии действенных мер по устранению выявленных нарушений и недопущению их впредь.

Обратимся к более позднему сроку и цифрам, характеризующим ситуацию в здравоохранении накануне пандемии.

По результатам всех контрольных мероприятий, проведённых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения в 2017 г., за следующие три года сумма адми-

нистративных штрафов, назначенных юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, возросла в 4 раза. В 2017 г. выявлено 52 814 правонарушений, что в 1,04 раза больше, чем в 2016 г., при этом в отношении одного юридического лица или индивидуального предпринимателя, осуществляющего деятельность в сфере здравоохранения, выявлялось свыше 5 правонарушений одновременно¹.

Росздравнадзором впервые реализовано право выдачи предостережений (1 748 предостережений) юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям. Таким образом, была достигнута оптимизация контрольно-надзорной деятельности – снижение административного давления на юридических лиц и индивидуальных предпринимателей².

В рамках государственного контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности и соблюдением прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи проверена деятельность 8 565 юридических лиц и индивидуальных предпринимателей. В работе 3 034 медицинских организаций (35,4% от числа проверенных) выявлено 4 571 нарушение прав граждан в сфере охраны здоровья.

Анализ структуры нарушений показывает, что среди выявленных нарушений лидирующую позицию сохраняет нарушение в части доступности и качества медицинской помощи (2 241 случай), второе по значимости нарушение – медицинское вмешательство без получения добровольного

¹ Доклад руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаила Альбертовича Мурашко к заседанию итоговой коллегии Росздравнадзора «Об итогах работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения в 2017 году, планах на 2018 год и плановый период». URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/discussion1/declaration/declaration4>

² Там же.

информированного согласия пациента (1 217 случаев). Выявлено 480 случаев нарушения государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи. Имели место 479 случаев отказа в оказании медицинской помощи, что является вопиющим фактом¹.

Отсутствие тенденции снижения количества правонарушений со стороны медицинских организаций на протяжении последних трех лет требует разработки и внедрения действенного механизма пресечения нарушений в сфере здравоохранения. По результатам проверок выдано 3 034 предписания об устранении выявленных нарушений и составлен 871 протокол об административном правонарушении. В 651 случае материалы проверок направлены в органы прокуратуры для принятия мер прокурорского реагирования, в 179 случаях – в правоохранительные органы. По результатам 735 проверок информация направлена в органы государственной власти субъекта Российской Федерации².

Следует отметить большое количество нарушений медицинскими организациями порядка оказания медицинской помощи (выявлено 7 514 нарушений). Основными проблемами при исполнении медицинскими организациями порядка оказания медицинской помощи являлись: нарушения стандартов оснащения (71,5% от количества проведенных проверок), требований к организации деятельности медицинской организации (20,8%); невыполнение рекомендуемых штатных нормативов (не является обязательным требованием) (7,7%). По результатам проверок выдано 2 890 предписаний об устранении выявленных

¹ Доклад руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаила Альбертовича Мурашко к заседанию итоговой коллегии Росздравнадзора «Об итогах работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения в 2017 году, планах на 2018 год и плановый период».

² Там же.

нарушений, составлен 1 431 протокол об административном правонарушении¹.

Проводимая в 2017 г. Росздравнадзором работа по контролю за реализацией Государственной программы развития здравоохранения позволила выявить проблемы и наметить пути повышения качества и доступности медицинской помощи для граждан, восстановления их прав в сфере охраны здоровья.

Однако выявленные проблемы не были в последующем решены до конца. Они проявились во время пандемии.

В рамках контроля Росздравнадзором осуществлялся мониторинг перераспределения не введенного в эксплуатацию и простаивающего медицинского оборудования, в том числе поставленного в рамках программы модернизации здравоохранения. В 2017 г. было перераспределено 304 ед. медицинского оборудования в 38 регионах. На основании проводимых Росздравнадзором проверок и данных мониторинга установлено, что из общего количества поставленного медицинского оборудования за 2017 г. не используется 803 ед. оборудования, из которых в рамках программы модернизации здравоохранения простаивает 462 ед. (по состоянию на конец 2016 г. количество выявленного простаивающего медицинского оборудования, из поставленного в рамках программы модернизации здравоохранения составило 898 ед., по состоянию на конец 2014 г. – 1 262 ед.).

Не менее важным направлением в деятельности Службы является федеральный государственный надзор в сфере обращения лекарственных средств. Так, в 2017 г.

¹ Доклад руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаила Альбертовича Мурашко к заседанию итоговой коллегии Росздравнадзора «Об итогах работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения в 2017 году, планах на 2018 год и плановый период».

Росздравнадзором проведено более 4,9 тыс. проверок в отношении 3 468 юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, деятельность которых подлежит государственному контролю. По результатам проверок составлено 2 348 протоколов об административных правонарушениях. Наложено административных штрафов на сумму более 110 млн р.¹

Таким образом, системный анализ отчетов по регионам и годам показал, что полномочия, переданные на уровень субъектов Российской Федерации, исполняются с нарушениями действующего законодательства, четко прослеживается необходимость модернизации, внедрения цифровых технологий, дефицит кадров, оборудования, что в последующем уже выявится в период пандемии².

Период пандемии показал своевременность выделения отдельного Министерства здравоохранения и активизации работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, а также проводимой политики модернизации, направленной на внедрение современных информационных систем в здравоохранение.

В настоящее время возникла необходимость создания доступной информационной среды в области здравоохранения не только в городе, но и в сельской местности; реформирование инфекционной службы для защиты граждан в обычной жизни и при появлении новых угроз.

Пандемия ускорила процесс внедрения в здравоохранение телекоммуникационных технологий: создан Феде-

¹ Доклад руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаила Альбертовича Мурашко к заседанию итоговой коллегии Росздравнадзора «Об итогах работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения в 2017 году, планах на 2018 год и плановый период».

² URL: <https://roszdravnadzor.gov.ru/control/results/documents/65289>

ральный дистанционный консультативный центр по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19; проводятся дистанционные семинары для медицинских работников медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19; в регионах страны обеспечена консультативная помощь медицинским организациям по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19; открыта «горячая линия» в целях информирования населения по вопросам вакцинации и т.д.¹

Современная система здравоохранения переживает непростые времена: коронавирусная инфекция два года проверяет российское здравоохранение на прочность.

В период пандемии было принято большое количество законов и подзаконных актов, направленных на решение конкретных задач и преодоление ситуации, сложившейся в области лекарственного обеспечения в стране. Так, в марте 2020 г. Госдума приняла закон о государственном регулировании цен на лекарства. Он даёт правительству ограничивать максимальные цены на лекарства при чрезвычайной ситуации или угрозе эпидемии. Документ предусматривает право правительства устанавливать предельно допустимые розничные цены, если за 30 календарных дней их рост в регионах составит более

¹ О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.03.2020 № 198н (с изменениями и дополнениями). URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/73769697/paragraph/1:26>

30%. При этом оговаривается, что действовать они будут не более 90 дней¹.

Необходимо было обеспечить население возможностью обращаться в лаборатории и сделать эту услугу доступной.

Основной проблемой нашего времени является нехватка квалифицированных медицинских кадров (исторически тянущаяся проблема), в том числе отсутствие узких специалистов на уровне поликлиник, ошибочные решения прежних лет, направленные на сокращение низового (поликлинического) звена в регионах России (в отличие от политики внедрения земского врача, проводимой в досоветский период), ликвидация в целях оптимизации фельдшерских пунктов, поликлиник на низовом уровне².

В связи со сложившейся эпидемиологической обстановкой и необходимостью организации оказания медицинской помощи большому числу пациентов с коронавирусной инфекцией в 2020 г. Минздравом России было принято решение о временном изменении действующих порядков организации оказания медпомощи. В соответствии с Приказом Минздрава России от 19 марта 2020 г. № 198н руковод-

¹ О внесении изменений в статью 60 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» и статью 38 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: Федеральный закон от 26.03.2020 № 67-ФЗ. URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/73801935/paragraph/1/doclist/6576/show-entries/0/highlight/%D0%B7%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BD%20%D0%BE%20%D0%B3%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%BC%20%D1%80%D0%B5%D0%B3%D1%83%D0%BB%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B8%20%D1%86%D0%B5%D0%BD%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0>:16

² Доклад руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаила Альбертовича Мурашко. URL: <https://minzdrav.gov.ru/>

ству медицинских организаций было рекомендовано рассмотреть возможность переноса сроков оказания плановой медицинской помощи в стационарных условиях. В случае если нет угрозы жизни и здоровью пациента, в целях безопасности самих пациентов и медицинских работников Минздрав России рекомендовал гражданам перенести сроки обращения за медицинской помощью в плановой форме как в амбулаторном, так и в стационарном сегменте¹.

В соответствии с пунктом 8 Перечня поручений Председателя Правительства Российской Федерации М.В. Мишустина от 27 марта 2020 г. № ММ-П13-2437кв по итогам заседания президиума Координационного совета при Правительстве Российской Федерации по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации 27 марта 2020 г., в целях организации оказания медицинской помощи пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в стационарных условиях был утвержден перечень организаций и их структурных подразделений, осуществляющих медицинскую деятельность, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, в которых планируется осуществлять оказание медицинской помощи пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в стационарных условиях, а также график перепрофи-

¹ О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.03.2020 № 198н (с изменениями и дополнениями). URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/73769697/paragraph/1:26>

лирования коек в организациях и их структурных подразделениях, осуществляющих медицинскую деятельность, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации¹.

Таким образом, расширение помощи пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 осуществлялось за счет сужения оказания плановой медицинской помощи в стационарах и амбулаториях больным с иными заболеваниями.

В связи с кадровым дефицитом, возросшими масштабами заболевших и рядом других проблем в 2022 г. принимаются решения, позволяющие оптимизировать получение медицинской помощи.

Так, Постановлением Правительства РФ от 4 февраля 2022 г. № 107 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)» (действует по 31 декабря 2022 г.)² закреплены права высшего должностного лица субъекта Российской

¹ О временном перепрофилировании коек в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации в целях оказания медицинской помощи пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в стационарных условиях: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30.03.2020 № 257. URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/74979987/paragraph/1:27>

² Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19): Постановление Правительства РФ от 04.02.2022 N 107. URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/403502604/paragraph/1:2>

Федерации (руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) с учетом развития эпидемиологической ситуации, связанной с распространением заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) на территории субъекта Российской Федерации в области функционирования системы здравоохранения:

«а) приостановить оказание первичной медико-санитарной помощи в плановой форме в амбулаторных условиях, включая проведение профилактических осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации (за исключением медицинской помощи при онкологических и онкогематологических заболеваниях, требующих непрерывного лечения, проведения заместительной почечной терапии, выдачи лекарственных препаратов в рамках дополнительного лекарственного обеспечения, проведения тестирования на новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), выдачи направлений на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и санаторно-курортное лечение)...»

Указанным Постановлением вводится дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов, находящихся на диспансерном учете, фактически либо приостановлено оказание первичной медико-санитарной помощи в плановой форме в амбулаторных условиях, либо увеличены сроки ее ожидания, допускается привлечение к оказанию медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования ведомственных и частных медицинских организаций.

При этом особое внимание уделяется вопросу качества оказания медицинской помощи. Так, Федеральному фонду обязательного медицинского страхования еженедельно, начиная с 15 февраля 2022 г., необходимо представлять в Правительство Российской Федерации доклад о результатах проведения экспертизы качества медицинской помощи

застрахованным лицам с заболеваниями, вызванными новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в том числе о результатах проведения экспертизы качества медицинской помощи в период лечения больных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в амбулаторных и стационарных условиях¹.

Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 4 февраля 2022 г. № 4 внесены изменения в санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 мая 2020 г. № 15², в соответствии с которыми разработана эпидемиологическая тактика при COVID-19. Она включает комплексно и лечение, и профилактические мероприятия:

- принятие мер по всем звеньям эпидемического процесса: источник, пути передачи и восприимчивый организм (изоляция больных, прерывание путей передачи возбудителя, защита лиц, контактировавших с больным COVID-19, и лиц из групп риска);

- выявление больных, их своевременную изоляцию и госпитализацию;

- установление границ очага;

¹ Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19): Постановление Правительства РФ от 04.02.2022 № 107. URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/403502604/paragraph/1:2>

² О внесении изменений в санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.05.2020 № 15: Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 04.02.2022 N 4. URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/403488776/paragraph/1:4>

- максимальное ограничение контактов (при распространении инфекции);

- проведение мероприятий в эпидемических очагах;

- дезинфекцию (ее проводят после убытия (госпитализации) больного или по выздоровлении больного (при лечении на дому) (при обработке поверхностей в помещениях применяют способ орошения или аэрозольный метод; мягкий инвентарь, постельное белье подвергают камерной дезинфекции; вентилиационные системы обрабатывают аэрозольным или «дымовым» способом; воздух в отсутствие людей обрабатывают с использованием открытых ультрафиолетовых облучателей, аэрозолей дезинфицирующих средств);

- экстренную профилактику (профилактическое лечение) для лиц, контактировавших с больными COVID-19, и лиц из групп риска, проведение профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

- профилактику внутрибольничного инфицирования и недопущение формирования очагов в медицинских организациях и организациях социального обслуживания;

- соблюдение больными, лицами с подозрением на COVID-19, в том числе находившимися в контакте с больными COVID-19, обязательного режима изоляции.

К превентивным мероприятиям, направленным на разрыв механизма передачи инфекции, относятся:

- соблюдение всеми физическими лицами правил личной гигиены (в том числе мытье рук, использование антисептиков, медицинских масок), соблюдение социальной дистанции от 1,5 до 2 метров;

- выполнение требований биологической безопасности в медицинских организациях и лабораториях, проводящих исследования с потенциально инфицированным биологическим материалом;

- организация дезинфекционного режима на предприятиях общественного питания, объектах торговли,

транспорте, в том числе дезинфекция оборудования и инвентаря, обеззараживание воздуха;

- обеспечение организациями и индивидуальными предпринимателями проведения дезинфекции во всех рабочих помещениях, использования оборудования по обеззараживанию воздуха, создания запаса дезинфицирующих средств, ограничения или отмены выезда за пределы территории Российской Федерации;

- организация выявления лиц с признаками инфекционных заболеваний при приходе на работу;

- использование мер социального разобщения: временное прекращение работы предприятий общественного питания, розничной торговли (за исключением торговли товаров первой необходимости), переход на удаленный режим работы, перевод на дистанционное обучение образовательных организаций;

- ограничение или отмена проведения массовых мероприятий (развлекательных, культурных, спортивных).

Введенные ограничения и профилактические мероприятия вызывают неоднозначную реакцию в обществе, возникают судебные споры. При этом судебные органы дают качественную оценку по возникающим вопросам. Например, решением Верховного Суда РФ от 1 апреля 2021 г. № АКПИ21-78, оставленным без изменения Определением Апелляционной коллегии Верховного Суда РФ от 28 июня 2021 г. № АПЛ21-202, пункт 4.4¹ признан не противоречащим действующему законодательству в части, в которой в качестве мероприятия, направленного на разрыв механизма передачи инфекции, предусматривается

¹ О внесении изменений в санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»: Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 04.02.2022 № 4. URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/403488776/paragraph/1:4>

использование всеми физическими лицами медицинских масок.

Вместе с тем государство в сложной эпидемиологической обстановке создает условия для реализации прав пациентов на допуск священнослужителя и совершения религиозных обрядов¹. Следует отметить, что в период пандемии существенно расширилась законодательная деятельность субъектов Федерации. Например, положения о допуске священнослужителя к пациентам и совершение религиозных обрядов рекомендовалось Министерством здравоохранения России оформить в виде нормативно-правового акта региональных органов власти в сфере охраны здоровья граждан.

Таким образом, в период пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 возникает комплекс проблем, связанных с превентивными мерами, направленными против распространения коронавирусной инфекции, организацией лечебного процесса в стационарах и амбулаториях, обеспечением населения лекарственными средствами, созданием условий труда и отдыха медицинским работникам и т.д.

Опыт, накопленный с начала пандемии коронавирусной инфекции COVID-19, показывает, что эта вирусная инфекция негативно сказывается на состоянии организма, а также работе всех его систем, поэтому большое значение приобретают организация и правовое регулирование реабилитационных мероприятий. Реабилитация включает в себя комплекс мероприятий, таких как медикаментозное лечение, лечебная физкультура, работа с клиническим

¹ Информация Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2021 г. № 21-5/И/2-22371 «Методические рекомендации Минздрава России по установлению порядка посещения священнослужителями пациентов». URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/403456550/paragraph/1:10>

психологом и т.д. Комплексный подход позволяет в короткие сроки добиться положительной динамики с точки зрения не только физического, но и психоэмоционального состояния пациента. Однако реабилитационные мероприятия в данное время не могут проводиться в полном объеме¹, что, несомненно, сказывается на состоянии здоровья населения. Проведение комплексных реабилитационных мероприятий – это еще одна злободневная проблема.

В целях профилактики распространения коронавирусной инфекции COVID-19 необходимо решать вопросы в рамках межотраслевого взаимодействия Министерства здравоохранения РФ, Министерства науки и высшего образования РФ, Министерства просвещения России, Минтруда России, Роспотребнадзора, ФНС России, Банка России, Министерства экономического развития Российской Федерации, Федерального агентства по туризму, Пенсионного фонда России и т.д. Это вызвало необходимость в принятии актов как отраслевого, так и межотраслевого характера.

Административная ответственность применяется в целях реализации указанных задач, направленных на преодоление пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19. Приведем ныне актуальные статьи КоАП РФ.

Часть 2 ст. 6.3 КоАП РФ предусматривает административную ответственность за нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противо-

¹ Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19): Постановление Правительства РФ от 04.02.2022 № 107. URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/403502604/paragraph/1:2>

эпидемических мероприятий за действия (бездействие), совершенные в период режима чрезвычайной ситуации или при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, либо в период осуществления на соответствующей территории ограничительных мероприятий (карантина), либо за невыполнение в установленный срок выданного в указанные периоды законного предписания (постановления) или требования органа (должностного лица), осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

Часть 3 ст. 6.3 КоАП РФ содержит административную ответственность за действия (бездействие), предусмотренные ч. 2 ст. 6.3 КоАП РФ, повлекшие причинение вреда здоровью человека или смерть человека, если эти действия (бездействие) не содержат уголовно наказуемого деяния.

Часть 9 ст. 13.15 КоАП РФ устанавливает административную ответственность за распространение в средствах массовой информации, а также в информационно-телекоммуникационных сетях заведомо недостоверной общественно значимой информации под видом достоверных сообщений, создавшее угрозу причинения вреда жизни и (или) здоровью граждан, имуществу, угрозу массового нарушения общественного порядка и (или) общественной безопасности либо угрозу создания помех функционированию или прекращения функционирования объектов жизнеобеспечения, транспортной или социальной инфраструктуры, кредитных организаций, объектов энергетики, промышленности или связи, если эти действия лица, распространяющего информацию, не содержат уголовно наказуемого деяния.

Часть 10 ст. 13.15 КоАП РФ закрепляет административную ответственность за распространение в средствах

массовой информации, а также в информационно-телекоммуникационных сетях заведомо недостоверной общественно значимой информации под видом достоверных сообщений, повлекшее создание помех функционированию объектов жизнеобеспечения, транспортной или социальной инфраструктуры, кредитных организаций, объектов энергетики, промышленности или связи, если эти действия лица, распространяющего информацию, не содержат уголовно наказуемого деяния, либо повторное совершение административного правонарушения, предусмотренного ч. 9 ст. 13.15 КоАП РФ.

Часть 10.1 ст. 13.15 КоАП РФ предусматривает административную ответственность за распространение в средствах массовой информации, а также в информационно-телекоммуникационных сетях под видом достоверных сообщений заведомо недостоверной информации об обстоятельствах, представляющих угрозу жизни и безопасности граждан, и (или) о принимаемых мерах по обеспечению безопасности населения и территорий, приемах и способах защиты от указанных обстоятельств.

Часть 10.2 ст. 13.15 КоАП РФ содержит положение об установлении административной ответственности за распространение в средствах массовой информации, а также в информационно-телекоммуникационных сетях заведомо недостоверной общественно значимой информации под видом достоверных сообщений, повлекшее смерть человека, причинение вреда здоровью человека или имуществу, массовое нарушение общественного порядка и (или) общественной безопасности, прекращение функционирования объектов жизнеобеспечения, транспортной или социальной инфраструктуры, кредитных организаций, объектов энергетики, промышленности или связи.

Часть 11 ст. 13.15 КоАП РФ вводит административную ответственность за повторное совершение административного правонарушения, предусмотренного ч. 10, 10.1 или 10.2 ст. 13.15 КоАП РФ.

Часть 1 ст. 19.3 КоАП РФ предусматривает административную ответственность за неповиновение законному распоряжению или требованию сотрудника полиции, военнослужащего либо сотрудника органа или учреждения уголовно-исполнительной системы, либо сотрудника войск национальной гвардии РФ в связи с исполнением ими обязанностей по охране общественного порядка и обеспечению общественной безопасности, а равно воспрепятствование исполнению ими служебных обязанностей.

Часть 6 ст. 19.3 КоАП РФ устанавливает административную ответственность за повторное совершение административного правонарушения, предусмотренного ч. 1 ст. 19.3 КоАП РФ, если оно совершено организатором или участником собрания, митинга, демонстрации, шествия или пикетирования в связи с проведением указанного мероприятия.

Часть 1 ст. 20.6 КоАП РФ закрепляет административную ответственность за невыполнение предусмотренных законодательством обязанностей по защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного или техногенного характера, а равно невыполнение требований норм и правил по предупреждению аварий и катастроф на объектах производственного или социального назначения.

Часть 1 ст. 20.6.1 КоАП РФ вводит административную ответственность за невыполнение правил поведения при введении режима повышенной готовности на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации, или в зоне чрезвычайной ситуации, за исключением случаев, предусмотренных ч. 2 ст. 6.3 КоАП РФ.

Часть 2 ст. 20.6.1 КоАП РФ устанавливает административную ответственность за действия (бездействие), перечисленные в ч. 1 ст. 20.6.1 КоАП РФ, повлекшие причинение вреда здоровью человека или имуществу, за исключением случаев, предусмотренных ч. 3 ст. 6.3 КоАП РФ, если эти действия (бездействие) не содержат уголовно наказуемого деяния, либо повторное совершение административного правонарушения, указанного в ч. 1 ст. 20.6.1 КоАП РФ¹.

Говоря о прошлом и настоящем развитии системы здравоохранения, следует указать перспективы совершенствования здравоохранения.

В настоящее время действует Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года, представляющая собой План мероприятий по реализации Стратегии, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2020 г. № 3155-р. Приведем выполненные на 1 июня 2021 г. отдельные пункты плана, чтобы показать основные направления работы системы здравоохранения в современный период, которые совпадают с выделенными нами проблемами.

1. «Обновление и модернизация инфраструктуры медицинских организаций» (Национальный проект «Здравоохранение» и входящие в него федеральные проекты). В рамках реализации федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» дооснащены медицинским оборудованием и реализовали организационно-планировочные решения более 2 700 детских поликлиник и поликлинических отделений медицинских

¹ *Прибыткова М.* Федеральная административная ответственность. URL: <http://ivo.garant.ru/#/document/77398901/paragraph/1/doclist/4055/showentries/0/highlight>

организаций в субъектах Российской Федерации, в них созданы комфортные условия для пребывания детей и их родителей, удобная система навигации, сокращено время ожидания приема врача, введены в эксплуатацию 5 региональных детских больниц/корпусов.

2. Национальный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями». В 72 субъектах Российской Федерации организована работа 280 центров амбулаторной онкологической помощи, из них в 2020 г. 139 центров в 63 регионах.

3. В 85 субъектах Российской Федерации включены в программу переоснащения/дооснащения 360 региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений.

4. Национальный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». Реализуются мероприятия, направленные на повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи для всех граждан Российской Федерации, в том числе проживающих в малонаселенных и труднодоступных районах. Так, в 60 субъектах Российской Федерации в 2019 г. введен в эксплуатацию 431 фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, врачебная амбулатория из 432 запланированных.

5. Ведомственная целевая программа «Современный облик сельских территорий». В 2020 г. в сфере здравоохранения реализовано 35 объектов, совокупный объем финансирования которых составил 291,1 млн р., в том числе 233,2 млн р. из федерального бюджета: построено 6 объектов капитального строительства (1 терапевтическое отделение, 1 амбулатория, 3 фельдшерско-акушерских пункта, 1 офис врача общей практики); проведен капитальный ремонт 1 фельдшерско-акушерского пункта и 1 поликлиники; приобретено 24 санитарных автомобиля и 3 комплекта медицинского оборудования.

6. Модернизация инфекционной службы. Проработан вопрос модернизации инфекционной службы, в том числе

модернизации лабораторий, строительства, оснащения или переоснащения медицинских центров в субъектах Российской Федерации.

В период эпидемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 были приняты меры по оснащению коечного фонда и лабораторий, строительству новых инфекционных стационаров, обеспечению медицинских работников средствами индивидуальной защиты, лекарственному обеспечению пациентов на амбулаторном этапе, разработке лекарственных препаратов, диагностических препаратов и средств профилактики.

7. Федеральной адресной инвестиционной программой на 2020 г. и плановый период 2021 и 2022 гг. (открытая часть) Минздраву России на строительство и реконструкцию объектов здравоохранения предусмотрено 45 577 609,9 тыс. р.

8. Для кадрового обеспечения будет реализован пакет стратегических документов, разработанный на среднесрочную и долгосрочную перспективы, который позволит не только ликвидировать кадровый дефицит первичного звена здравоохранения в Российской Федерации, но и вывести подготовку специалистов на качественно новый уровень.

9. «Совершенствование законодательства в сфере охраны здоровья в части, касающейся охраны здоровья работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, обновления порядка проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров работников и перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры». Изданы: Приказ Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н «Об

утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью 4 статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры»; Приказ Минтруда России и Минздрава России от 31 декабря 2020 г. № 988н/1420н «Об утверждении перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры»; Приказ Минздрава России от 28 июля 2020 г. № 749н «Об утверждении требований к проведению медицинских осмотров и психофизиологических обследований работников объектов использования атомной энергии, порядка их проведения, перечня медицинских противопоказаний для выдачи разрешения на выполнение определенных видов деятельности в области использования атомной энергии перечня должностей работников объектов использования атомной энергии, на которые распространяются данные противопоказания, а также формы медицинского заключения о наличии (отсутствии) медицинских противопоказаний для выдачи разрешения на выполнение определенных видов деятельности в области использования атомной энергии.

10. «Установление основ государственного регулирования в области обеспечения биологической безопасности Российской Федерации». Принят Федеральный закон от 30 декабря 2020 г. № 492-ФЗ «О биологической безопасности», разработанный Минздравом России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной

власти. Основным прогнозом его реализации является сохранение в Российской Федерации допустимого уровня биологического риска за счет своевременного выявления и парирования биологических угроз.

11. Минздравом России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти осуществляется подготовка плана мероприятий по реализации Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции Российской Федерации до 2030 года.

Выполнение Плана мероприятий по реализации Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2020 г. № 3155-р станет первоочередной задачей в современной России.

Полагаем, что с момента появления отдельных частнопрактикующих врачей, знахарей и до признания здравоохранения государственной системой происходило переосмысление политики в области медицинского дела. Медицинское дело перешагнуло ступень частных интересов и перешло на уровень общегосударственной заботы.

Ныне одной из важнейших задач государства является охрана здоровья граждан. Учитывая сложность и важность проблем охраны здоровья населения, необходимо главным в государственной политике считать, что здравоохранение – это система жизнеобеспечения. Поэтому здравоохранение должно рассматриваться как важный фактор национальной безопасности страны.

Следует взвешенно подойти к решению проблем здравоохранения, учитывая непростой отечественный опыт, не разрушая созданное и апробированное десятилетиями путем очередных непродуманных реорганизаций.

Все вопросы в современных условиях необходимо решать на условиях обязательного соблюдения законов. Однако законодательное регулирование медицинской деятельности и функционирования системы здравоохранения осуществляется разрозненными нормативными актами. В настоящее время в РФ действует более 10 ключевых федеральных законов и огромное количество подзаконных актов. Такое объемное неcodифицированное законодательство создает трудности в правоприменении.

Считаем, что систематизация источников могла бы привести к появлению нового кодекса. Ведь все предпосылки для создания новой отрасли права, на наш взгляд, уже сложились. Качественное законодательство позволит эффективнее решать актуальные проблемы современной системы здравоохранения.

2. ВЛИЯНИЕ НОРМ МЕЖДУНАРОДНЫХ АКТОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВНУТРИГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВА (НА ПРИМЕРЕ ТРАНСФОРМАЦИИ ПОНИМАНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН)

Международные нормы ныне разрабатываются на основе принципа верховенства права. Это принцип, согласно которому все – от отдельного человека вплоть до самого государства – обязаны соблюдать законы, которые были публично приняты, в равной степени исполняются и независимо реализуются судебными органами¹.

Для реализации этого принципа необходимы меры, обеспечивающие соблюдение принципов примата права, равенства перед законом, ответственности перед законом, беспристрастного применения законов, разделения властей, участия в принятии решений, правовой определенности, недопущения произвола и процессуальной и правовой транспарентности².

Международное законодательство формируется под воздействием исторического опыта, накопленного человечеством в области создания правовых норм, способных активнейшим образом урегулировать правовые отношения в отдельно взятых государствах.

Верховенство права положено в основу деятельности Организации Объединенных Наций. Устав Организации Объединенных Наций наряду с четырьмя краеугольными камнями (международными стандартами в области прав человека; международным гуманитарным правом; между-

¹ Доклад Генерального секретаря «Господство права и правосудие переходного периода в конфликтных и постконфликтных обществах» (S/2004/616). URL: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N04/395/31/PDF/N0439531.pdf?OpenElement>

² Там же.

народным уголовным правом и международным беженским правом) являются основой современной международной правовой системы¹.

Основная миссия международного права – создание, а в последующем и реализация посредством законодательства стандартов в области прав человека. Эти стандарты принимаются всеми странами независимо от правовой семьи, к которой примкнуло то или иное государство. Такое положение создает почву для легитимности правовых актов ООН. Международные акты призваны нести предупредительный, превентивный характер.

Нормы международного права вливаются в российское законодательство, и это отражение современного процесса происходящей глобализации в праве, с одной стороны, и показатель выработанных человечеством общемировых правовых стандартов совместного проживания в мировом пространстве – с другой. При этом важен тот факт, что ратифицированные международные конвенции уже содержат образцы предлагаемых составов преступлений и российский законодатель берет за основу выработанные конструкции. Такие нормы формируют не только российское законодательство, но и внутригосударственную политику.

Современные процессы глобализации оказывают значительное влияние на сотрудничество государств в сфере защиты прав человека. Данное сотрудничество проявляется прежде всего в принятии международных стандартов, закрепляющих права человека в современном мире. Уважение прав человека и основных свобод стало содержанием одного из общепризнанных принципов современного

¹ Доклад Генерального секретаря «Господство права и правосудие переходного периода в конфликтных и постконфликтных обществах» (S/2004/616). URL: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N04/395/31/PDF/N0439531.pdf?OpenElement>

международного права, определяющего основы взаимоотношения между государствами.

Одна из основных аксиом современной доктрины международного права заключается в том, что безопасным мир может стать только при соблюдении прав человека. Данная связь четко закреплена в ст. 28 Всеобщей декларации прав человека, в которой подчеркивается, что «каждый индивид имеет право на такой социальный и международный порядок, при котором права и свободы, изложенные в Декларации, могут быть полностью осуществлены»¹.

Большинство проблем, относящихся к сфере прав человека, носит глобальный характер и может быть решено исключительно совместными усилиями государств.

В глобализирующемся мире необходима концентрация усилий всех государств в решении вопроса о применении мер для защиты человека, его прав и свобод².

Права человека становятся действующим правом в глобальном отношении на наднациональном уровне и обладают универсальной юридической силой.

Глобальные процессы, происходящие на мировой арене, ведут к расширению спектра взаимодействия меж-

¹ *Карташкин В.А.* Права человека: международная защита в условиях глобализации. М., 2009. С. 7–8.

² В настоящее время осознается потребность в интеграции научного знания в использовании международного опыта в противодействии преступности вообще и транснациональной преступности в частности в условиях глобализации. Этим проблемам был посвящен V Российский конгресс уголовного права «Научные основы уголовного права и процессы глобализации» (М., 2010). См.: Научные основы уголовного права и процессы глобализации: материалы V Российского конгресса уголовного права. М., 2010. Процессы глобализации, защиты прав человека стоят в центре научных дискуссий. В 2010 г. была защищена докторская диссертация на эту тему. См.: *Рахманова Е.Н.* Защита прав человека от преступности в условиях глобализации: автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. СПб., 2010.

дународного и внутригосударственного права, к конвергенции различных политических и социально-экономических систем, к их сближению в мировом масштабе и к созданию новых цивилизационных ценностей. В итоге возрастает роль международного права, нормы которого непосредственно закрепляются во внутреннем праве государств.

Многие положения международных соглашений, особенно в сфере прав человека, являются самоисполняемыми и не требуют для своего применения принятия специальных национальных нормативных актов.

Международные стандарты все больше вторгаются в сферу внутренней компетенции государств. В настоящее время государства принимают многие международные договоры, которые далеко не совместимы с их внутренним законодательством. Поэтому они все чаще вынуждены приводить национальное законодательство в соответствие с международными нормами.

Процесс вторжения международного права во внутригосударственную юрисдикцию государств фактически приводит к их переплетению и сращиванию. При этом четко прослеживается тенденция все большего признания государствами примата международного права.

В марте 1998 г. Россией была ратифицирована Конвенция о защите прав человека и основных свобод¹. Сравнительный анализ данного документа с текстом действующей Конституции РФ, проведенный Л.М. Энтиным, подтверждает, что все основные нормы Конвенции, по своей сути, совпадают с нормами Основного закона РФ. Автор приходит к выводу, что Конвенция о защите прав человека и основных свобод является в Российской Федерации действующим правом. А далее автор совершенно справедливо, на наш взгляд, отмечает, что права и свободы человека и гражданина являются непосредственно действующими и

¹ Собрание законодательства Российской Федерации. 1998. № 20.

определяют смысл, содержание и применение законов, деятельность законодательной и исполнительной власти, местного самоуправления и обеспечиваются правосудием¹.

Ее нормы действуют сегодня таким образом, как они были истолкованы в процессе их применения Европейским судом по правам человека².

Конвенция призвана обеспечить защиту государством, ратифицировавшим ее, прав и свобод каждого гражданина от посягательства со стороны публичных властей (государства и его должностных лиц).

При этом не следует бояться, что международное законодательство полностью поглотит российское. Как справедливо отмечает В.А. Карташкин, универсализация и регионализация прав человека не противоречат друг другу. Универсальные стандарты постепенно воспринимаются на региональном уровне, где многие принципы и нормы уточняются с учетом местных условий³.

Обратимся к праву граждан на охрану здоровья. На международном уровне право человека на здоровье было признано в 1948 г. Всеобщей декларацией прав человека. Фактически это право на получение медицинской помощи.

Всеобщей декларацией прав человека (ст. 25) закреплено положение: «Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая питание, одежду, жилище, медицинский уход и требуемое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благополучия его самого и его семьи».

¹ Собрание законодательства Российской Федерации. 1998. № 20. С. 17.

² Комментарий к Конвенции о защите прав человека и основных свобод и практика ее применения / под общ. ред. В.А. Туманова и Л.М. Энтина. М., 2002. С. 8.

³ *Карташкин В.А.* Права человека: международная защита в условиях глобализации. М., 2009. С. 246.

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. признает право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

Меры, которые должны быть приняты участвующими в Пакте государствами для полного осуществления этого права, включают: 1) обеспечение сокращения смертности, детской смертности и здорового развития ребенка; 2) улучшение всех аспектов гигиены внешней среды и гигиены труда в промышленности; 3) предупреждение и лечение эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней в борьбе с ними; 4) создание условий, которые обеспечивали бы всем медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

Между отдельными странами заключаются международные договоры в области охраны здоровья. В качестве примеров региональных международных договоров (в рамках Содружества Независимых Государств) можно привести: Соглашение о сотрудничестве в области охраны здоровья населения (1992), Соглашение о сотрудничестве в решении проблем ВИЧ-инфекции (1998), Хартию социальных прав и гарантий граждан независимых государств (1994), Соглашение о сотрудничестве в области санитарной охраны территорий государств – участников Содружества Независимых Государств (2001), Соглашение об оказании медицинской помощи гражданам государств – участников Содружества Независимых Государств (1997) и т.д.

К двусторонним соглашениям относятся Соглашение о сотрудничестве между Министерством здравоохранения Российской Федерации и Министерством здравоохранения Республики Кыргызстан в области здравоохранения, фарминдустрии и медицинской науки (1992), Соглашение между Правительством Российской Федерации и Правительством Азербайджанской Республики о сотрудничестве

в области медицины и здравоохранения (1995), Соглашение между Правительством Российской Федерации и Правительством Великого Герцогства Люксембург о сотрудничестве в области здравоохранения, медицинской науки и медицинской промышленности (1998) и т. д.

К середине XX в. назрела необходимость создания Всемирной медицинской ассоциации.

Приведем лишь некоторые международные акты, регулирующие вопросы здравоохранения: Заявление о подготовке медицинских кадров (принято 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г., дополнено 38-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1986 г.); II Заявление о подготовке медицинских кадров (принято 36-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сингапур, октябрь 1984 г., дополнено 38-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1986 г.); III Заявление о подготовке медицинских кадров (принято 37-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Брюссель, Бельгия, октябрь 1985 г., дополнено 38-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Ранчо Мираж, Калифорния, США, октябрь 1986 г.); Венецианская декларация о терминальном состоянии (принята 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г.); Временное заявление по СПИДу (принято 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Мадрид, Испания, октябрь 1987 г.); Декларация V Всемирной конференции Всемирной Медицинской Ассоциации по проблемам медицинского образования (принята 43-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Мальта, ноябрь 1991 г.); Декларация об основных принципах оказания помощи в спортивной медицине (принята 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Лиссабон, Португалия, сентябрь/октябрь 1981 г., дополнена 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Мадрид, Испания, октябрь 1987 г.);

Декларация о трансплантации человеческих органов (принята 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Мадрид, Испания, октябрь 1987 г.); Декларация по медицинскому образованию (принята 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Мадрид, Испания, октябрь 1987 г.); Заявление о генерической замене лекарственных препаратов (принято 41-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Гонконг, сентябрь 1989 г.); Заявление об искусственном оплодотворении и трансплантации эмбрионов (принято 39-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Мадрид, Испания, октябрь 1987 г.); Заявление о профессиональной ответственности врачей при лечении лиц, больных СПИДом (принято 40-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Вена, Австрия, сентябрь 1988 г.); Заявление по вопросам, возникающим в связи с ВИЧ-инфекцией (принято 44-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Марбэлла, Испания, сентябрь 1992 г.); Конвенция Содружества Независимых Государств о правах и основных свободах человек; Копенгагенская декларация (Принята 3-м Ежегодным Совещанием Европейского Форума фармацевтических ассоциаций и ВОЗ, Копенгаген, Дания, май 1994 г.); Правила на время вооруженных конфликтов (приняты 10-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Гавана, Куба, октябрь 1956 г., отредактированы 11-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Стамбул, Турция, октябрь 1957 г., дополнены 35-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г.); Резолюция по вопросам поведения врачей при осуществлении трансплантации человеческих органов (принята 46-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994 г.); Рекомендации по предоставлению медицинской помощи в сельской местности (приняты 18-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г., дополнены 35-й Всемирной Медицинской Ассам-

блеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 г.); Токийская декларация (принята 29-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, Токио, Япония, октябрь 1975 г.) и т.д.

В XX в. была создана Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ).

Всемирная организация здравоохранения выделяет следующие направления деятельности, связанные с охраной здоровья граждан: обеспечение медико-санитарной помощью (т.е. сохранение непосредственного здоровья человека); оценка безопасности продуктов питания, полученных с применением новых технологий, таких как генная инженерия (ГМО-технологий) или нанотехнологии (т.е. разработка международных пищевых стандартов, которые охватывают основные виды пищевой продукции, к которым относятся переработанные продукты питания, полуфабрикаты и сырые продукты питания, кроме того, материалы, используемые при переработке пищевых продуктов), оценка риска, определение безопасных предельных значений концентрации химических веществ, которые используются в качестве основы при разработке национальных и международных стандартов в области безопасности продуктов питания, направленных на охрану здоровья потребителей (химические вещества могут попасть в продукты питания либо в результате их намеренного использования в технологическом процессе, например в виде пищевых добавок, либо в результате загрязнения воздуха, воды и почвы, например, загрязнение диоксинами, влияющими на репродуктивную функцию человека и щитовидную железу, происходит преимущественно через загрязненный корм для животных), оценка антимикробной резистентности (противомикробные препараты являются важнейшими лекарственными средствами для лечения болезней человека и животных, однако необходимо сокращать риски для общественного здравоохранения, которые пред-

ставляет антимикробная резистентность, связанная с использованием противомикробных препаратов при производстве продуктов питания животного происхождения), оценка доступа к безопасному водоснабжению.

Все эти направления деятельности и результаты оценки факторов, неблагоприятно влияющих на здоровье человека, отражаются в ежегодных докладах ВОЗ, статистических данных, полученных в ходе мониторинга различных стран. Глобальность проблем понятна. В России существуют аналогичные проблемы.

ВОЗ были приняты: Международный кодекс медицинской этики (1983); заявления и декларации о торговле живыми органами (1985), о политике в области охраны здоровья детей (1987), о пособничестве врачей при самоубийствах, о телемедицине и медицинской этике (1992), о праве женщины на использование контрацепции (1994) и др.

Россия является участницей Европейской социальной хартии 1961 г. (в редакции 1996 г.).

Пункт 11 ч. 1 Хартии содержит положение о том, что каждый человек имеет право пользоваться всеми средствами, способствующими достижению им наилучшего возможного для него состояния здоровья. При этом в соответствии с п. 13 указанной части каждый человек, не имеющий достаточно средств к существованию, имеет право на социальную и медицинскую помощь. Кроме того, все трудящиеся имеют право на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены (п. 3 ч. 1 Хартии).

Статья 11 ч. 2 Хартии закрепляет обязанность государств-участников в целях обеспечения эффективного осуществления права на охрану здоровья принять непосредственно или в сотрудничестве с государственными или частными организациями меры, направленные, в частности, на устранение причин ухудшения здоровья, предо-

ставление услуг консультационного и образовательного характера, а также предотвращение эпидемических, эндемических и других заболеваний.

Статья 13 Европейской социальной хартии устанавливает право на социальную и медицинскую помощь. В контексте рассматриваемого положения Хартии договаривающиеся стороны обязуются обеспечить, чтобы каждому лицу, которое не имеет достаточно средств к существованию и которое не в состоянии добыть их собственными усилиями, ни получить их из других источников, в частности, благодаря выплатам в рамках системы социального обеспечения, была бы предоставлена соответствующая помощь, а при болезни – необходимый уход.

В настоящее время в условиях процесса глобализации вопросы, связанные с охраной здоровья населения, приобретают все более приоритетный характер во всем мире. Здоровье рассматривается в качестве главного аспекта обеспечения безопасности людей, активизируется деятельность по выработке общих направлений развития охраны здоровья. Особое внимание уделяется вопросам международного сотрудничества и разработке международных и национальных стратегий в сфере здравоохранения, а также интеграции международных стандартов и принципов реализации прав человека в деятельность национальных законодательных и исполнительных органов власти для формирования стратегии устойчивого социально-экономического развития, основанного на приоритете общепризнанных прав и свобод человека¹.

Вобрав в себя идеи Всеобщей декларации прав человека и Пакта об экономических, социальных и культурных правах, положения ратифицированных международных конвенций, рекомендаций, договоров, Конституция РФ

¹ Всемирный доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. // Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int/ru/>

провозгласила Россию социальным государством и закрепила конституционное право на охрану здоровья (ст. 41)¹.

В развитие этой статьи Конституции и в целях реализации ратифицированных международных актов (например, Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака), в России были приняты нормативные акты, регулирующие отношения в сфере охраны здоровья граждан.

Например, Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 28.11.2018), Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. № 3185-1 (ред. от 19.07.2018) Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» от 22 декабря 1992 г. № 4180-1 (ред. от 23.05.2016), Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, Федеральный закон «О донорстве крови и ее компонентов»

¹ Роль и значение международных актов в области здравоохранения исследовались многими учеными. См.: *Балашова Г.В.* Право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации: дис. ... канд. юрид. наук. М., 2000; *Долаев Ш.И.* Прогресс в медицине и проблема защиты прав человека: дис. канд. юрид. наук. М., 2004; *Бартенев Д.Г.* Право на охрану здоровья в международном праве: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2006; *Борисова-Жарова В.Г.* Международно-правовые основы обеспечения права человека на здоровье: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2008; *Беляков А.В.* Международно-правовые проблемы обеспечения здравоохранения: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2009; *Каменская Н.А.* Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь: современные гарантии обеспечения, принципы реализации и механизмы защиты: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Владикавказ, 2011; *Сильченко Н.П.* Международно-правовые механизмы обеспечения права на охрану здоровья в контексте эпидемий, представляющих глобальную угрозу: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2012.

от 20 июля 2012 г. № 125-Ф, Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ, Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ, Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ, Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ, Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ, Федеральный закон «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ, Федеральный закон «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ, Федеральный закон «О качестве и безопасности пищевых продуктов» от 2 января 2000 г. № 29-ФЗ (ред. от 23.04.2018), Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ, Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ, Федеральный закон «О биомедицинских клеточных продуктах» от 23 июня 2016 г. № 180-Ф.

На уровне отдельных законов, действующих положений ГК РФ, КоАП РФ, УК РФ наблюдаются попытки реагировать на наметившуюся в мировом пространстве тенденцию расширения направлений деятельности в области охраны здоровья граждан, о чем свидетельствует деятельность ООН и ВОЗ.

Мировое сообщество пришло к широкому пониманию охраны здоровья, и от этой тенденции не стоит отказываться. Из важности охраны здоровья должно исходить и российское законодательство.

3. ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРМИНА «УСЛУГА» К СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

В словарях по-разному трактуется слово «услуга», например: как действие, приносящее помощь, пользу другому; как работа, выполняемая для удовлетворения чьих-либо нужд, потребностей; как система хозяйственных или других удобств, предоставляемых кому-либо¹.

Однозначно, что в основе услуги лежит человеческий труд. Вопрос о том, является ли труд врача товаром, измеряемым в денежном эквиваленте, волнует многих работников здравоохранения. В российском менталитете прочно укрепилось мнение о том, что отношения врача и пациента предполагают нечто большее (моральное, этическое, психологическое, воспитательное начало), чем приобретение услуг (товара).

Услуга и товар – близкие понятия, с одной стороны, и далекие – с другой. В литературе высказываются различные точки зрения на соотношение этих понятий. Приведем некоторые из них. Так, существует мнение о том, что товар имеет всегда денежную форму выражения, а услуга не всегда может быть выражена в материальной форме.

Одни авторы полагают, что отличием услуги от товара является позиция покупателя по отношению к процессу труда и продукту труда, завершающему этот процесс (когда покупатель решает приобрести услугу, он еще не знает, что в действительности получит, так как в момент покупки продукт труда еще не существует). Другие отличительной чертой считают непостоянство качества услуг, которое может изменяться в зависимости от многих факторов (например, на качество медицинских услуг может влиять состоя-

¹ Словарь русского языка: в 4 т. / под ред. А.П. Евгеньевой. 4-е изд., стер. М., 1999.

ние здоровья и расположение духа врача, характер посетителя, число посетителей, ожидающих приема врача, и т.д.). По мнению третьих, услуга чаще всего привязана ко времени или к конкретному человеку, ее предоставляющему. И наконец, при предоставлении услуги существует возможность приспособить ее к запросам конкретного клиента¹.

Термин «товар» в сфере здравоохранения не применим. Законодатель четко указал это в нормативных актах.

В соответствии с Приказом Росстата от 29 сентября 2017 г. № 643 «Об утверждении официальной статистической методологии формирования официальной статистической информации об объеме платных услуг населению в разрезе видов услуг» под услугой понимается результат производственной деятельности, осуществляемой по заказу в соответствии со спросом потребителя с целью изменения состояния потребляющих единиц (либо физического или интеллектуального состояния самого потребителя, либо принадлежащих ему предметов) или содействия обмену продуктами или финансовыми активами².

Услуги в соответствии с этим Приказом могут приобретать формы изменения в физическом состоянии отдельных лиц (производитель обеспечивает их медицинским лечением, улучшает их внешний вид). При этом изменения в состоянии предполагают улучшения, которые материализуются в самих потребителях и могут иметь кратковременный или длительный характер.

В итоге услуги должны приводить к улучшению состояния лица – потребителя услуг. Эти законодательные установки никак не противоречат российскому менталитету, за исключением положения о том, что платные услуги всегда выступают объектом купли-продажи. Вот здесь возникают

¹ URL: <https://www.genon.ru/GetAnswer.aspx?qid=54211baa-a100-4ddc-8f76-a219697238db>

² URL: http://www.consultant.ru/cons_doc_LAW_279670/

вопрос: оказание необходимой бесплатной медицинской помощи в рамках полиса ОФМС – это услуга?

Обратимся к «ОК 034-2014 (КПЕС 2008). Общероссийский классификатор продукции по видам экономической деятельности» (утв. Приказом Росстандарта от 31.01.2014 № 14-ст. в ред. от 16.06.2021)¹.

Перечень услуг в области здравоохранения дается в разделе 86. Это услуги больничных организаций краткосрочные и долгосрочные, а именно услуги больниц широкого профиля, т.е. медицинские, диагностические и лечебные услуги (например, общественных и областных больниц, больниц некоммерческих организаций, университетских больниц, военных и тюремных больниц) и больниц специального назначения (например, психиатрических и наркологических больниц, инфекционных больниц, родильных домов, специализированных санаториев).

Такие услуги преимущественно направлены на лечение стационарных больных и предоставляются под непосредственным наблюдением лечащих врачей: услуги медицинского и парамедицинского персонала; услуги лабораторий и технических служб, услуги неотложной медицинской помощи, операционной и т.д.

Сюда же относятся услуги хирургических отделений больниц: хирургические услуги, оказываемые стационарным больным под руководством лечащих врачей и направленные на лечение, восстановление и (или) поддержание

¹ ОК 034-2014 (КПЕС 2008). Общероссийский классификатор продукции по видам экономической деятельности (утв. Приказом Росстандарта от 31.01.2014 № 14-ст) (ред. от 16.06.2021). URL: <http://www.consultant.ru>; Об утверждении Изменения 41/2021 ОКВЭД 2 к Общероссийскому классификатору видов экономической деятельности (ОКВЭД 2) ОК 029-2014 (КДЕС, ред. 2) и Изменения 59/2021 ОКПД 2 к Общероссийскому классификатору продукции по видам экономической деятельности (ОКПД 2) ОК 034-2014 (КПЕС 2008): Приказ Росстандарта от 12.08.2021 № 710-ст. URL: <http://www.consultant.ru>

здоровья пациента; услуги гинекологических и акушерских отделений больниц, в том числе гинекологические и акушерские услуги, оказываемые стационарным больным под руководством лечащих врачей и направленные на лечение, восстановление и (или) поддержание здоровья пациента; услуги планирования семьи, включая предоставление лечения, такого как стерилизация и прерывание беременности, с услугами стационара; услуги центров реабилитации; услуги психиатрических больниц; услуги в области медицинской и стоматологической практики; услуги в области специализированной врачебной практики; услуги по проведению и расшифровке медицинских исследований и др.

Отметим, что перечень этих услуг объемный. В него входят те же действия медицинских работников, которые для гражданина являются бесплатными при наличии полиса обязательного медицинского страхования.

Ныне в России действует Закон РФ «О защите прав потребителей» от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 (ред. от 11.06.2021)¹, в соответствии с которым свои права могут защитить и потребители медицинских услуг. Этот закон регулирует отношения, возникающие между потребителями и исполнителями при оказании услуг, устанавливает права потребителей на приобретение услуг надлежащего качества, получение информации об услугах и об их исполнителях, о владельцах агрегаторов информации об услугах, просвещение, государственную и общественную защиту их интересов, а также определяет механизм реализации этих прав. Примечательно, что изначально при принятии этого закона в 1992 г. услуги в области здравоохранения не рассматривались в качестве предмета регулирования данного закона и вообще медицина не относилась к услугам.

¹ URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_305/

Практика применения в сфере здравоохранения термина «услуга» сложилась только после принятия Пленумом Верховного Суда РФ Постановления № 17 от 28 июня 2012 г. «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей», в котором, руководствуясь ст. 126 Конституции Российской Федерации, ст. 9 и 14 Федерального конституционного закона от 7 февраля 2011 г. № 1-ФКЗ «О судах общей юрисдикции в Российской Федерации», в целях обеспечения единства практики применения судами законодательства, регулирующего отношения в области защиты прав потребителей, а также учитывая возникающие у судов при рассмотрении данной категории дел вопросы, Пленум Верховного Суда Российской Федерации разъяснил (п. 9), что законодательство о защите прав потребителей применяется к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования¹.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) в ст. 19 закрепил право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования².

¹ URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_131885/

² Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (с изменениями и дополнениями) // Российская газета. 2011. № 263: Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru); Парламентская газета. 2011. № 50: Собрание законодательства Российской Федерации. 2011. № 48. Ст. 6724 (с изм. на 2 июля 2021 г.).

Понятие «платные медицинские услуги», под которым понимаются медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования, ныне закреплено в Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006¹).

Понимая, что вся медицинская помощь из бесплатной плавно перетекает в платную, законодатель сделал оговорку о том, что при заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Таким образом, законодатель разграничил понятия «медицинская помощь, оказываемая бесплатно» и «медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе».

В связи с данной терминологией на практике, например, возникают проблемы у военнослужащих, работников системы МВД, ФСБ, которым в соответствии со специальным законодательством оказывается медицинская помощь.

Речь идет о возмещении ущерба, причиненного некачественно оказанной медицинской помощью, а именно как защитить свои права, если в данном случае не будет действовать Закон РФ «О защите прав потребителей» от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 (ред. от 11.06.2021), ведь законодательство о защите прав потребителей применяется к отношениям по предоставлению гражданам медицинских

¹ URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/

услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования. А на военнослужащих не распространяется система обязательного медицинского страхования.

4. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОДИФИКАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА (НА ПРИМЕРЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН)

Переход к новым социально-экономическим отношениям неизменно сопряжен с активным законотворческим процессом. Именно в этот период возникает необходимость в нормативных актах. В результате стабилизации государства появляется и некая стабильность права. Однако накопленный массив правовых актов уже не способен решать стоящие задачи. Как верно отмечает О.В. Казакова, огромный массив законодательства, который также быстрыми темпами развивается и увеличивается, способствует скорее возникновению новых проблем, нежели полноценному регулированию общественных отношений¹. Наступает время систематизации, кодификации законодательства.

Вопросы кодификации разработаны в теории государства и права, к их исследованию обращались, например, С.С. Алексеев, А.С. Пиголкин, В.К. Бабаев и др.² Кодификация – это форма систематизации, при которой происходит коренная переработка действующих нормативных актов в определенной сфере отношений, качественное упорядочение законодательства, обеспечение его согласованно-

¹ Казакова О.В. Проблемы кодификации законодательства // Вопросы современной юриспруденции: сб. ст. по материалам III Междунар. науч.-практ. конф. № 3. Новосибирск, 2011.

² Алексеев С. Общая теория права: в 2 т. М., 1982. Т. 2. С. 253; Общая теория права: учебник / под ред. А.С. Пиголкина. М., 1995. С. 228; Общая теория права: курс лекций / под общ. ред. В.К. Бабаева. Н. Новгород, 1993. С. 331, 332.

сти и компактности, а также расчистка нормативного массива, освобождение от устаревших, не оправдавших себя норм¹.

Проблемы кодификации связаны прежде всего с неопределенностью самого процесса кодификации, с решением вопроса о том, назрела ли необходимость в выделении подотрасли в отдельную отрасль права и обоснованности создания отдельного кодекса, его структуре, предмете правового регулирования, границах действия и др.

Так, например, несмотря на то, что медицинский кодекс не разработан, на практике и в науке сложилось устойчивое понимание того, что медицинское право существует, в вузах издаются учебники по медицинскому праву. Своего кодекса достойны только те отрасли, подотрасли или правовые институты, которые достигли определенного уровня развития, имеют научно-теоретической базу и правоприменительные традиции. Кодекс есть высшая форма бытия законодательства вообще и нормативного акта в частности. Активно развивающиеся подотрасли права требуют систематизации безразмерно разросшейся нормативно-правовой базы.

Следует согласиться с мнением О.В. Казаковой о том, что целые комплексы нормативных правовых актов не выполняют в полной мере своих регулятивных функций только лишь из-за своей разбросанности, запутанности и коллизионности².

Например, в области здравоохранения накопилось значительное количество нормативных актов. Неотложно требуется разработка и принятие Кодекса о здравоохранении и охраны здоровья населения (некоторые ученые говорят о Медицинском кодексе). Приведем лишь некоторые

¹ Матузов Н.И., Малько А.В. Теория государства и права. М., 2004. С. 179.

² Казакова О.В. Указ. соч.

причины кодификации законодательства в области здравоохранения:

1) изменение социально-экономической ситуации в стране и ориентиров социальной политики, принципов организации и условий оказания медицинской помощи; создание кодекса как итогового нормативного акта необходимо для закрепления современной политики в области здравоохранения и охраны здоровья граждан;

2) необходимость эффективного управления в сфере здравоохранения, совершенствование работы системы здравоохранения;

3) накопление значительного количества нормативных актов, рассчитанных на переходный период, требующих переосмысления ввиду изменившейся государственной политики в сфере здравоохранения и оказания медицинской помощи; коллизии, пробелы, архаизмы, рассогласованность.

Как справедливо отмечает Ю.В. Волков, сокращение числа источников в ходе предстоящей законодательной работы позволит их сбалансировать и упорядочить. Кодификация как высший уровень систематизации обеспечит единую систему дефиниций, даст возможность сформировать и усовершенствовать отраслевые нормы как семантически, так и по форме¹.

О самостоятельности отрасли здравоохранения говорили многие авторы в 1990-е гг. Например, И.Н. Сенякин отмечал, что в последнее время в системе российского законодательства, наряду с традиционными, появился ряд новых отраслей: о здравоохранении, страховании, банковской системе, правовой кибернетике и др.² По его мнению, нормативные акты этих отраслей в дальнейшем должны

¹ Волков Ю.В. О кодификации законодательства о связи // Законодательство. 2018. № 7.

² Сенякин И.Н. Проблемы специализации и унификации российского законодательства // Государство и право. 1993. №5. С. 21.

регулярно пополняться новым содержанием, отвечающим практике общественного развития. Большая роль в этом процессе отводится специализации единого федеративного законодательства¹.

С.В. Поленина считала, что под влиянием процессов интеграции и дифференциации сформировались такие отрасли и подотрасли, как избирательное, законодательство об охране здоровья и др.²

В настоящее время огромное значение уделяется охране здоровья граждан. В России продолжается реформа здравоохранения, осуществляется переход от советской бесплатной к российской платной медицинской помощи, происходят структурные изменения в органах здравоохранения, изменяются условия труда медицинских работников, входят в нашу жизнь отношения «сторона, предоставляющая медицинские услуги – потребитель медицинских услуг» и т.д. Реформы во всех сферах жизни, вызванные перестройкой, породили значительное количество нормативных актов, часто не согласующихся между собой.

Организация здравоохранения и условия оказания медицинской помощи – это социально значимые вопросы. Поэтому в целях обеспечения социальной стабильности необходимо решать их с учетом менталитета сложившегося в российском обществе, исторически сформированного отношения к медицине и здравоохранению.

Огромные надежды возлагаются на создание Медицинского кодекса (Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения в РФ – на наш взгляд, именно так этот кодекс должен называться в силу широкого предмета пра-

¹ *Мохов А.А.* Медицинское право (правовое регулирование медицинской деятельности): курс лекций. Волгоград, 2003.

² *Поленина С.В.* Взаимодействие системы права и системы законодательства в современной России // Государство и право. 1999. №9. С. 11.

вового регулирования), который систематизирует все законы и подзаконные акты, сделает прозрачной и понятной позицию государства в вопросах медицины и здравоохранения¹.

России необходим Медицинский кодекс (Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения в РФ). Приведем лишь некоторые аргументы.

1. Возросшее количество нормативных актов. В настоящее время в РФ вопросы оказания медицинской помощи и охраны здоровья регулируются 1162 нормативными актами².

2. Несогласованность с отраслевым законодательством. Все разделы Медицинского кодекса должны быть согласованы и полностью соответствовать другим видам права – уголовному, гражданскому, трудовому, процессуальному, семейному, международному и т.п.

3. Отсутствие должной систематизации. Все нормативные акты пытаются решить узкие вопросы, возникающие перманентно на практике. Систематизация позволит на научной основе обобщить международный опыт, зарубежное законодательство, различные научные подходы, соединить науку и практику, а значит, сделает эффективным и качественным законодательство. Коллизии, пробелы в праве – это следствие отсутствия систематизации медицинского законодательства.

4. Отсутствие четких пределов компетенции медицинского права (здравоохранительного права) как самостоятельной отрасли. В настоящее время сложилось два под-

¹ *Таибекова И.Ю.* Медицинский кодекс: миф или реальность? (историко-правовой анализ) // История государства и права, 2012. № 3.

² *Корсаков С.А.* Медицинский кодекс как первый шаг к медицинскому праву. URL: <http://www.med-pravo.ru/Articles/MedLawQuest/MedCode.htm>

хода: узкий, предполагающий, что медицинское право регулирует только вопросы оказания медицинской помощи, и широкий, охватывающий не только вопросы медицины, здравоохранения, но и экологического, трудового и других отраслей права.

5. Отсутствие научной основы. Формулирование терминологии и четкое ее значение – это задача ученых. В настоящее время юридические понятия широко применяются, но по-разному трактуются, а именно; врачебное и медицинское вмешательство, врачебные, фельдшерские, сестринские действия и процедуры и т.д. Такая ситуация приводит к невозможности практической реализации действующего законодательства. Несмотря на издание учебников, научные разработки ученых, вывести научные дискуссии на новый уровень способно только принятие Медицинского (здравоохранительного) кодекса.

6. Увеличение количества гражданских, уголовных дел, связанных с компенсацией вреда, причиненного здоровью человека в процессе оказания медицинской помощи. В связи с этим необходимо обобщать судебную практику и своевременно вносить новеллы в отраслевое законодательство.

7. Требуют разрешения конкретные вопросы, например, четкое определение прав и обязанностей медицинских работников по отношению к пациенту и ответственности перед пациентом и законом за результаты своей деятельности; проведение судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам; лечебно-диагностические, медико-профилактические и фармацевтические аспекты медицины и т.д.

Необходимо решить и многие другие вопросы, которые ныне освещаются в различных законодательных актах, в приказах и распоряжениях министра здравоохранения

либо в приказах местных органов здравоохранения и главных врачей, подчас не соответствующих действующему законодательству.

Существуют разные подходы к решению вопроса о содержании Медицинского (здравоохранительного) кодекса.

Ранее нами указывалось на широкий и узкий подходы.

Например, по мнению С.А. Корсакова, Медицинский кодекс мог бы содержать следующие главы:

Глава 1. Общие положения.

Глава 2. Полномочия органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления в области регулирования медицинской деятельности.

Глава 3. Нормативы медицинской деятельности.

Глава 4. Правила оказания неотложной медицинской помощи.

Глава 5. Правила проведения оперативного вмешательства в организм пациента в медицинских целях.

Глава 6. Правила оказания медицинской помощи в поликлиниках.

Глава 7. Правила проведения оперативного вмешательства в организм пациента в косметических целях.

Глава 8. Информационное обеспечение медицинской деятельности.

Глава 9. Ответственность за нарушение законодательства о медицинской деятельности.

Глава 10. Правила оказания медицинских услуг в отдаленных районах¹.

Это узкий подход к формированию медицинского кодекса, который не позволит решить весь комплекс проблем, существующих в области здравоохранения и осуществле-

¹ URL: <http://legalru.ru/document.php?id=21645>

ния медицинской помощи. При таком подходе рассогласованность нормативных актов останется на нынешнем уровне. А Медицинский кодекс воплотит в себе ту же идею, которая содержится в ныне действующем Федеральном законе РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.

Всемирная организация здравоохранения к вопросам здравоохранения относит борьбу с отдельными болезнями, акушерскую помощь, оказание медицинской помощи в бедственных ситуациях, безопасность пациентов, пищевую безопасность, здоровье матерей, биологическую безопасность, регулирование деятельности и организацию помощи в больницах и учреждениях системы здравоохранения, вопросы санитарии и гигиены, гигиену труда, гигиену окружающей среды, психическое здоровье, жестокое обращение с детьми, загрязнение воздуха, инвалидность, кадровые ресурсы здравоохранения, клинические испытания и т.д.¹

По всем этим направлениям на международном уровне ведется активная работа, принимаются нормативные акты. Именно международное законодательство и направления работы ВОЗ дают нам возможность очертить сферу действия современного права здравоохранения и определить предмет его правового регулирования.

Следует отметить, что в большинстве стран действуют отдельные законы, регулирующие организацию здравоохранения, оказания медицинских услуг и охрану здоровья населения. Например, Союзный закон о медицинских профессиях (Швейцария), Закон о национальной системе здравоохранения (Англия), Основы законодательства об

¹ Вайтков И.В. Медицинский кодекс // Молодежный научный форум: электр. сб. ст. по материалам XLIII Междунар. студ. науч.-практ. конф. № 13(43). URL: [https://nauchforum.ru/archive/MNF_interdisciplinarity/13\(43\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/MNF_interdisciplinarity/13(43).pdf)

охране здоровья (Украина), Об охране здоровья граждан (Туркменистан) и т.д.

Полагаем, что полезным будет воспользоваться опытом тех стран, которые, придя к пониманию необходимости создания, разработали и ввели в действие кодифицированные нормативные акты, регулирующие вопросы медицины и здравоохранения.

Примером тому служит Республика Казахстан, в которой действует Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения (именно это название, как нам кажется, в полной мере отвечает предмету правового регулирования) с 2009 г. Это новый нормативный акт, который не имел аналогов в законодательстве советского периода.

Постепенно в кодекс вносились поправки. В настоящее время необходимо создание нового кодекса, который, вобрав в себя все положительное содержание ранее действующего нормативного акта, закрепит новые подходы к регулированию отношений в области охраны здоровья народа и системы здравоохранения. В частности, цифровизация, искусственный интеллект, национальный счет здравоохранения, контроль за качеством медицинских специалистов, выпускаемых медицинскими учебными заведениями, и т.д.¹

Следует согласиться с позицией А.А. Мохова, который считает, что в идеале система законодательства о здравоохранении обусловлена системой здравоохранительного (медицинского) права. Установив пределы действия медицинского права, мы определим и границы законодательства о здравоохранении и охране здоровья граждан. При этом нужно иметь в виду, что границы, в которых действует законодательство, менее стабильны, чем границы права как отрасли. Так, законодательство о здравоохранении мо-

¹ URL: <http://www.whois.com/topics/ru/>

жет регулировать отношения, которые не являются собственно здравоохранительными, но примыкают к ним и связаны с ними¹.

Позиция законодателя Республики Казахстан является расширенной и представляется нам правильной. В кодекс входят вопросы, касающиеся не только здоровья населения (в чистом виде как понимается в России медицинское право), но и всей системы здравоохранения. Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения состоит из двух частей.

Общая часть содержит следующие главы: основные положения; государственное регулирование и управление в области здравоохранения; лицензирование, аккредитация и аттестация в области здравоохранения; стандарты, подтверждение соответствия товаров (работ, услуг) и реклама в области здравоохранения; государственный контроль и надзор в области здравоохранения; финансирование системы здравоохранения; информатизация в области здравоохранения; международное сотрудничество в области здравоохранения.

Особенная часть состоит из глав: система здравоохранения и организация медицинской помощи; содержание и виды медицинской деятельности; медицинская помощь; виды экспертиз в области здравоохранения; фармацевтическая деятельность; обращение лекарственных средств и медицинских изделий; общие требования безопасности к лекарственным средствам и медицинским изделиям; права и обязанности в области здравоохранения и гарантии их обеспечения; охрана репродуктивных прав человека; оказание медико-социальной помощи больным тубер-

¹ Новый Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» разработают в РК до 2019 года. URL: <https://informburo.kz/novosti/novyuy-kodeks-o-zdorove-naroda-i-sisteme-zdravooohraneniya-razrabotayut-v-rk-do-2019-goda.html>

кулезом; оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным; оказание медико-социальной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями); оказание медико-социальной помощи больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией; оказание медицинской помощи отдельным категориям граждан; регулирование отдельных отношений в области здравоохранения; деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения; охрана общественного здоровья; донорство крови и ее компонентов; трансплантация тканей (части ткани) и (или) органов (части органов); ввоз, вывоз органов (части органов) и (или) тканей, гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга, крови и ее компонентов, образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов человека; образовательная деятельность в области здравоохранения; научная деятельность в области здравоохранения; права и обязанности, трудовые отношения; Кодекс чести медицинских и фармацевтических работников; национальный превентивный механизм; ответственность за нарушение законодательства Республики Казахстан в области здравоохранения и порядок введения в действие настоящего Кодекса. Эти главы объединены в 10 разделов. Такая структура и содержание представляются нам приемлемыми.

Подобную структуру имеет Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан от 30 мая 2017 г.¹ Кодификация позволила систематизировать законодательство, выявить пробелы, коллизии и признать утратившими силу 16 законов, что существенно облегчит работу правоприменителя.

В Кодексе нашла отражение специфика оказания медицинской помощи в современный период, например, за-

¹ *Мохов А.А.* Медицинское право (правовое регулирование медицинской деятельности): курс лекций. Волгоград, 2003. URL: https://www.pravo.vuzlib.su/book_z410_page_20.html.

креплена частная медицинская деятельность (гл. 10), семейная медицина (гл. 11), народная медицина (гл. 12), отдельная глава посвящена защите детского питания (гл. 15), охрана общественного здравоохранения регулируется гл. 16, статьи которой носят преимущественно превентивный характер.

Следуя идее, реализуемой ВОЗ, содержание Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения в РФ должно регулировать широкий круг общественных отношений в сфере охраны здоровья граждан. Например, охрана здоровья в широком смысле включает в себя и защиту населения от некачественных продуктов питания, некачественной питьевой воды, некачественных кормов для животных, мясо которых будет употребляться в пищу человеком, некачественных товаров и услуг, прямо оказывающих влияние на состояние здоровья человека; организацию мусороперерабатывающих предприятий, вредного производства, градостроительства, международного взаимодействия по вопросам оказания медицинской помощи гражданам РФ за рубежом, а также иностранным гражданам, находящимся на территории России, деятельность благотворительных фондов и организаций, связанная с оказанием благотворительной помощи больным людям.

Предоставление услуг санаторно-курортных организаций должно найти отражение в едином медицинском кодексе. Отдельного внимания заслуживают вопросы ответственности, согласованной с административным, уголовным, трудовым законодательством, Законом «О защите прав потребителей», а также профессиональной этики, регулирования труда медицинских работников (в современном ТК РФ нет специальной главы, а имеющаяся статья не позволяет без использования громоздких подзаконных актов выяснить особенности регулирования труда медицинских работников), назначения пенсий.

Как правильно подметил Г.А. Лобанов, «в случае, когда в обществе накапливается определенный объем новых связей (отношений), не урегулированных правилами, происходит социальный взрыв – общество создает новое право, соответствующее новым отношениям»¹.

Подобные вопросы, связанные с кодификацией законодательства, решаются ныне во многих странах. Например, в Республике Беларусь было заявлено о создании кодекса о здравоохранении, который систематизирует 12 законов, действующих ныне в области здравоохранения². В Республике Молдова в настоящее время идет работа над созданием кодекса о здравоохранении.

Предполагается, что кодекс определит основы взаимоотношений между медицинским персоналом и потребителями медицинских услуг, выстроит более стройную цепочку оформления медицинской документации и будет направлен на коренное изменение всей системы организации здравоохранения страны, создание коллегии медиков и фармацевтов республики, введение новой системы реализации лекарственных препаратов³.

В Азербайджане в настоящее время действует 32 закона в сфере здравоохранения и охраны здоровья граждан, поэтому был взят курс на создание единого кодекса⁴.

В результате кодификационных работ необходимо:

¹ Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан от 30 мая 2017 г. № 1413. URL: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=38514256#pos=259;-155

² Кодекс о здравоохранении планируется создать в Беларуси. URL: <http://www.tc.by>

³ Министерство здравоохранения представило Кодекс о здравоохранении. URL: <http://novostimoldova.ru>

⁴ В Азербайджане предложено принять Кодекс о здравоохранении. URL: <https://news.day.az/society/304564.html>

– создать концепцию политики в области здравоохранения и оказания медицинской помощи, которая будет положена в основу кодификации законодательства в области здравоохранения и охраны здоровья граждан; концепция кодификации должна строиться на базе международных актов и с учетом направлений деятельности Всемирной организации здравоохранения, опыта зарубежных стран, в итоге должна быть создана многоуровневая защита права человека на охрану здоровья, основанная на принципах международного права выработанных человечеством и являющихся цивилизационной ценностью;

– разработать эффективный механизм управления и правового регулирования системы здравоохранения, бюджетное сопровождение реформирования и внедрения нового кодекса о здравоохранении и охраны здоровья человека; концепция кодификации должна учитывать соответствующий уровень развития медицины, технический уровень, профессиональную грамотность медицинских работников и работников системы здравоохранения, предусматривать непрерывное образование (повышение квалификации) медицинских работников, создавать и внедрять инновационные программы обучения для всех без исключения работников сферы здравоохранения, студентов, в том числе с использованием всех средств массовой информации и сети Интернет;

– систематизировать действующее законодательство, ликвидировать пробелы и коллизии, устранить архаичные нормы, преодолеть рассогласованность отраслевого законодательства;

– обеспечить доступ медицинской помощи, в том числе к высокотехнологичной российской и зарубежной медицине всех слоев населения за счет системы медицинского страхования;

– обеспечить реальную защиту прав пациентов – потребителей медицинских услуг, ввести в действие систему

всеобщей информированности населения о правах в области охраны здоровья и способах их реализации;

– систематически проводить мониторинг – научные, социологические исследования с целью выявления недостатков в области системы здравоохранения, оказания медицинской помощи и планирования мероприятий, направленных на их устранение и корректировку законодательства;

– создать реально действующую систему общественного контроля за деятельностью учреждений здравоохранения;

– разработать и внедрить актуальный по содержанию кодифицированный нормативно-правовой акт, расширивший спектр вопросов, подлежащих правовому регулированию по сравнению с ранее действующим законодательством, улучшающий положение врача и пациента, существенно повышающий качество жизни населения, носящий превентивный и в то же время реалистичный характер.

Таким образом, кодификация представляет собой комплекс работ в рамках последовательной государственной политики¹, направленных на преодоление несогласованности, бессистемности законодательства, на актуализацию его содержания и эффективность.

Кодификация позволит сформулировать приоритеты государственной политики; ликвидировать разрыв между

¹ Проявлением непоследовательной политики следует признать принятие решения о систематизации законодательства (см.: Указ Президента РФ от 06.02.1995 № 94 «О подготовке к изданию Свода законов Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. 1995. № 7. Ст. 509), а позднее о его отмене (см.: Указ Президента РФ от 28 июня 2005 г. № 736 «Об изменении и признании утратившими силу некоторых актов Президента РСФСР и Президента Российской Федерации» // Собрание законодательства Российской Федерации. 2005. № 28. Ст. 2865).

теорией и практикой; укрепить правопорядок и законность, качественно улучшить содержание норм права.

Медицинский кодекс России должен систематизировать все действующее законодательство (законы и подзаконные акты), легализовав и признав уже сформированную отрасль здравоохранительного (медицинского) права.

5. ПОНЯТИЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ КАК ОБЪЕКТА АДМИНИСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ

Традиционно в российской административно-правовой теории объект государственного управления понимается через категорию совокупности общественных отношений. Причем речь может идти и об индивидуализированных объектах – конкретном человеке или организации как объектов микроуровня, и о совокупности организаций, индивидуальных предпринимателей и коллективов физических лиц как об объектах мезоуровня. Мезоуровень публичного управления неоднороден. Он характеризуется многообразием отраслевых и межотраслевых связей.

Выделим отрасли управления, относительно однородные с точки зрения целей группы общественных отношений, определяемые организационными и экономическими критериями, и сферы государственного управления, носящие межотраслевой характер. Хотя граница между данными объектами государственного управления весьма условна, можно констатировать, что система органов публичного управления здравоохранением имеет и отраслевые (Министерство здравоохранения Российской Федерации), и межотраслевые начала (Росздравнадзор). То есть здравоохранение как объект государственного управления в действующем законодательстве рассматривается и как отрасль, и как сфера управления. Это обусловлено тем, что сам характер здравоохранения весьма сложен и требует отдельного управленческого и правового анализа.

Российская правовая наука, нацеленная на теоретически обоснованное наполнение правовой системы, стремится к эффективной реализации базовых прав граждан в сфере здоровья. Данный тезис предопределяет использова-

ние эвристических и аксиологических методов исследования наряду с методом системного анализа правовых и управленческих явлений и методами сравнительного правоведения в контексте изучения опыта иностранных государств.

Оценивая понятие публичного управления с легальных позиций, констатируем, что регулятором этого вида деятельности выступает синтез отраслей права, центральное место среди которых занимает административное право, осуществляющее регуляторное воздействие на основе конституционно-правовых принципов и с учетом особенностей правового регулирования публичных финансов и внутрикорпоративного (внутриорганизационного) управления.

Публичное управление в сфере здравоохранения по своему содержанию шире понятия «государственное управление в сфере здравоохранения», но уже понятия «социальное управление» в силу того, что охватывает лишь ту часть корпоративного управления медицинскими организациями, которое в силу требований закона носит публично-властный характер в рамках так называемого публичного аутсорсинга.

Социальное благополучие – слишком сложное и многогранное явление, чтобы выделять его в качестве одного из признаков здоровья. На наш взгляд, имеет место обратная ситуация – здоровье выступает частью социального благополучия.

Принятие такой теоретической позиции требует изменений не только в национальном законодательстве России, но и в актах Всемирной организации здравоохранения в части трактовки термина «здоровье».

Представители социологии, как правило, отождествляют публичное и государственное управление, не вдава-

ясь в подробности разграничения полномочий между уровнями власти и концентрируя внимание на управленческих методах и моделях организации публичного управления¹.

В рамках сложившегося научного консенсуса в российской административно-правовой теории публичное управление выглядит более широким явлением в сравнении с государственным.

В США, по сведениям F.W. Dubois Hans (с соавт.), «изучение public administration отличалось и от традиционного европейского его изучения, когда наука публичного управления рассматривалась как форма административного права, так и от изучения публичного управления как синтеза элементов политологии, административного права, социологии и государственных финансов».

Развитие публично-управленческой теории «в США исходило из представлений о ней «как о науке, имеющей не только теоретический (теоретико-правовой), но и главным образом практико-прикладной характер, призванной способствовать улучшению функционирования администрации, профессионализации государственного аппарата, его отделению от политики»².

Российская реинкарнация государственных корпораций обновила понятие «корпоративное управление». Оно не сводится к внутриорганизационному управлению организациями, не являющимися органами публичной власти.

Государственная корпорация предполагает введение в научный оборот термина «публично-корпоративное

¹ *Абрамова О.Г., Мухашев Р.Т.* Новая модель публичного управления для современной России // Тренды и управление. 2017. №3. С. 11.

² *Барабашев А.Г., Гуселетова Е.Л.* Исследование публичного управления в США: истоки, этапы развития, современное состояние, эволюция образовательных программ // Вопросы государственного и муниципального управления. 2010. № 2. С. 68.

управление», объединяющего в себе оба этих типа социального управления.

Среди работ, которые в мировой практике легли в основу использования корпоративных методов управления публичными делами, выделим теорию М. Массенета «New public management» 1975 г., которая имеет массу активных последователей¹, включая так называемое постновое государственное управление (Post-New Public Management (P-NGP))².

Этот вид управления наряду с государственным и муниципальным управлением может рассматриваться в качестве составного элемента публичного управления.

Социолог М.С. Байнова считает объектом государственного управления «как общество в целом, так и социальные отношения в обществе»³.

Традиционно здравоохранение рассматривается в системном толковании с понятием «здоровье». Имеет место разграничение понятий «медицинская деятельность», «охрана здоровья», «санитарно-эпидемиологическое благополучие». В современных работах по теории медицинского права делается попытка разграничить понятия «медуслуги» и «медпомощь»⁴.

¹ *Criado J. Ignacio, Dias Thiago Ferreira, Sano Hironobu* с соавт. Public Innovation and Living Labs in Action: A Comparative Analysis in post-New Public Management Contexts // International journal of public administration. 2021. № 44. Is. 6. P. 451–464.

² *Chica-Velez, Sergio Alberto; Salazar-Ortiz, Cristian Andreas* Post-new public management, governance and innovation.three concepts regarding organizational form and public management // Opera Colombia. 2021. № 28. P. 17–51.

³ *Байнова М.С.* Понятие государства и системы государственного управления // Материалы Афанасьевских чтений. 2016. № 1. С. 49–55.

⁴ *Пономарев Н.С.* Реформа здравоохранения в контексте защиты прав пациентов // Медицинское право. 2018. № 6. С. 30–35.

Легальное определение термина «здоровье», данное в Преамбуле Устава Всемирной организации здравоохранения, включает физическое, психическое и социальное благополучие, а также доктринальные трактовки. Отметим, что отечественный законодатель в этой части копировал определение термина «здоровье» из Устава ВОЗ. Доктринально различные авторы пытаются привнести в понятие «здоровье» субъективные или объективные элементы.

О.А. Рагимова исходит из «толкования здоровья как способности индивидуума осуществлять присущие ему биологические и социальные функции, в частности, способности к выполнению общественно полезной деятельности»¹.

А.В. Степанова считает, что «дефиниция понятия “здоровье”, закрепленная в законе, должна содержать конкретные медицинские показатели, при соответствии которым человек может считаться здоровым»².

По данным А.С. Шатиловой, «в настоящее время насчитывается от 80 до 300 определений термина “здоровье”, отражающих как эволюцию представлений о нем во времени, так и его качественные признаки с точки зрения той или иной науки»³.

При отсутствии качественно приемлемого доктринального единства взглядов на понимание здоровья продуктивным для целей правового регулирования публичного управления представляется подход анализа существующего легального понимания этого термина и его производных.

¹ Рагимова И.А. Теоретические основы определения понятия здоровья // Известия Саратовского университета. Сер.: Философия, психология, педагогика. 2009. Т. 9, вып. 2. С. 41–47.

² Степанова А.В. Дефиниция «здоровье»: проблемы нормативного определения // Молодой ученый. 2017. № 3 (137). С. 473–475.

³ Шатилова А.С. Конституционно-правовое измерение репродуктивного здоровья: terra incognita? // Конституционное и муниципальное право. 2021. № 3. С. 51–57.

С позиций управленческих систем необходимо оценить целеполагание и реальную перспективу использования конкретного содержания понятия заявляемого объекта управления. И если физическое и психическое благополучие человека зависят в известной степени от уровня развития медицины, т.е. вписываются в парадигму государственного управления конкретным объектом, то по поводу социального благополучия возникают сомнения, связанные с корректностью целеполагания при включении данного признака в понятие «здоровье».

В этой связи мы согласны с позицией Г.П. Медведевой и Я.В. Шимановской о том, что «социальное благополучие индивида и общества представляет собой гармонию внешнего и внутреннего в индивиде (обществе) в соответствии с конкретно-историческим уровнем и качеством развития потребностей»¹.

Е.А. Третьякова и Д.В. Шимановский пишут: «Качество жизни населения во многом зависит от состояния здоровья. Хронические заболевания часто не позволяют человеку раскрыть свой экономический и культурный потенциалы, ведут к снижению производительности труда, уменьшению степени социализации и отсутствию возможностей к саморазвитию и семейному благополучию. Благоприятная экологическая обстановка является тем фактором, который способствует снижению заболеваемости населения хроническими болезнями и повышению качества жизни»².

Эти размышления авторов – аргумент в пользу высказанного нами довода о логической ошибке законодателя,

¹ *Медведева Г.П., Шимановская Я.В.* Социальное благополучие как смысл социальной деятельности // *Право и практика.* 2018. № 4. С. 293–299.

² *Третьякова Д.А., Шимановский Д.В.* Социальное благополучие и эколого-экономическая динамика: аналитическая модель // *Проблемы прогнозирования.* 2020. № 1. С. 146–154.

слепо скопировавшего зарубежную концепцию понятия здоровья.

Н.Н. Сутаева и Ж.Б. Марголина указывают на множественность теорий социального благополучия, включая медицинские, психологические, экономические, этико-философские, социально-политические, экологические, социологические и подчеркивают, что «однонаправленное изучение благополучия не является не только исчерпывающим, но и наталкивается нередко на противоречия»¹, приводя при этом пример лиц с ограниченными возможностями здоровья с физической точки зрения, но абсолютно удовлетворённых с точки зрения социального благополучия.

В законодательстве об охране здоровья речь не идет об охране социального благополучия. Пункт 2 ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» терминологически закрепляет охрану здоровья только в физическом и психическом аспектах. Понимание охраны здоровья связано со спецификой публичной правосубъектности. Публичная правосубъектность неоднородна по своему содержанию.

Различается конституционно-правовая, административная, уголовно-правовая правосубъектность. Не вдаваясь в дискуссию о содержании отдельных составных элементов административной правосубъектности, отметим, что в юридической литературе, в частности, А.А. Малышевой, ставится вопрос об изменении формулировки понятия «охрана здоровья граждан» в связи с защитой прав эмбрионов.

Заметим, что такой подход приравнивает эмбриона к гражданину и проистекает из особенностей частноправо-

¹ Сутаева Н.Н., Марголина Ж.Б. Социальное благополучие в современных условиях как научная и учебная проблема // Вестник НВГУ. 2017. № 3. С. 57–62.

вого подхода, где действительно могут учитываться особенности защиты имущественных интересов зачатых, но не родившихся детей.

В административном праве субъект права всегда конкретизирован в отличие, например, от конституционного права, где встречаются формулировки типа «народ», «субъект Российской Федерации» и тому подобные юридические фикции. Эмбрион не может быть конкретизирован как субъект права, которого защищают без привязки к вынашивающему его лицу. Гипотетически даже можно предположить, что в некоей перспективе общество столкнется с выращиванием эмбрионов в человека без биологического носителя, и вот тогда со всей очевидностью встанет вопрос о критериях перехода от того, что сейчас называется внутритробным развитием к постнатальному развитию.

Таким образом, считаем, что на данном этапе развития общества, биологических технологий, сложившихся этических представлений говорить об охране здоровья в публично-правовом смысле можно только с момента рождения лица.

Научная дискуссия позволяет говорить о том, что не всегда слепое копирование международных актов является собой высокий уровень юридической техники и существа, духа закона применительно к конкретным условиям страны. Порой международные акты формулируют некую перспективу развития, но не учитывают ментальности, фактического положения дел, экономических возможностей данного социума.

6. СОДЕРЖАТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ: ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПУБЛИЧНО-ПРАВОВЫХ И ЧАСТНОПРАВОВЫХ ОТНОШЕНИЙ

В концепции правового регулирования охраны здоровья населения отправной является поддерживаемая нами мысль И.В. Тимофеева о том, что «в настоящее время самостоятельные усилия каждого конкретного человека для сохранения его собственного здоровья практически всегда недостаточны. <...> Поэтому медицинская помощь по существу предстает как результат объединения усилий человека и оказываемого ему медицинского содействия»¹. Кроме того, при формировании концепции правового регулирования мы должны учитывать, что состояние здоровья, здоровьесбережение конкретного человека выходит за рамки его личного волеизъявления и приобретает публичное значение. Речь идет о заболеваниях, которые по своему характеру могут представлять опасность не только для самого лица, но и для окружающих (инфекционные, психические, наркологические). Кроме того, публично-правовые начала предполагают властные действия по предупреждению условий, способствующих возникновению и развитию некоторых заболеваний.

Определившись с тем, что охрана здоровья населения является комплексным, многоплановым понятием, наряду с правовым включающим в себя организационные, политические, медицинские, научные, экономические, социаль-

¹ *Тимофеев И.В.* Конституционно-правовая концепция развития регулирования общественных отношений при оказании медицинской помощи в современной России // Конституционное и муниципальное право. 2018. № 11. С. 48.

ные аспекты, мы тем не менее должны определиться с парадигмой развития концепции правового регулирования деятельности по охране здоровья населения в Российской Федерации. По сути дела, вопрос этот стал актуальным с переходом отечественной экономики на рыночный путь развития. Именно экономическая составляющая, по мысли инициаторов экономических реформ начала 1990-х гг., должна была быть внедрена в различные сферы жизнедеятельности общества с целью формирования гибкого механизма удовлетворения потребностей, в том числе и в сфере медицины. Не вдаваясь в обсуждение вопроса о фактических изменениях качества оказания медицинской помощи и медицинских услуг в лучшую или худшую сторону, мы можем констатировать, что с начала 1990-х гг. в медицинскую деятельность стали активно внедряться частноправовые начала. На определенном этапе казалось, что рынок должен стать всеобъемлющим регулятором, в том числе и отношений, связанных с охраной здоровья граждан. Н.В. Кузнецов и соавторы называют фактором, затрудняющим конкурентоспособность на рынке медицинских услуг, «революционный переход от административно-плановой системы социалистического здравоохранения к неуправляемому процессу становления маркетинговых отношений в условиях эволюционного формирования рынка медицинских услуг»¹. В начальный период рыночных реформ имела место абсолютизация рыночных механизмов. Как справедливо указывал И.М. Шейман, «применение экономических методов управления породило претендующие на концептуальность утверждения о “саморегулировании” здравоохранения. Считается, что оплата результатов деятельности медицинских организаций автоматически обеспечивает эффективное использование ресурсов – как на

¹ Кузнецов Н.В., Рулева А.В., Рулев М.В. Характеристика системы здравоохранения и рынка медицинских услуг в России // Московский экономический журнал. 2016. № 6. С. 341.

уровне отдельного учреждения, так и в системе здравоохранения в целом. Подобные утверждения отражают глубоко укоренившуюся в общественном сознании склонность к унификации норм хозяйственной жизни. Общие принципы развития рыночных отношений в экономике автоматически переносятся на сферу здравоохранения»¹.

Такого рода тенденции привели к прочному внедрению цивилистических начал в регулирование общественных отношений в сфере охраны здоровья граждан. Нельзя сказать, что гражданско-правовые механизмы не работают в сфере оказания медицинских услуг. Они, конечно, характеризуются определенными особенностями соотношения прав пациента и субъекта оказания медицинских услуг. В этом смысле отчасти правы И.М. Вигольненко, Ю.И. Слепенюк, Г.В. Станкевич, которые подчеркивают, что «позиция пациента со стороны законодателя рассматривается с двух противоположных сторон: 1) пациент – слабая сторона гражданско-правовых отношений и потребитель услуги, для охраны интересов которого используются все способы защиты его прав, включая привлечение к ответственности лица, причинившего вред; 2) пациент – потребитель медицинской помощи, право на потребление которой гарантировано ему Конституцией Российской Федерации и которая оказывается ему в основном государственными бюджетными учреждениями здравоохранения»².

Мы говорим «отчасти» в силу того, что категорически не согласны, как писали ранее, с тем, что медицинская помощь имеет своим адресатом потребителя.

¹ Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. М., 2007. С. 6.

² Вигольненко И.М., Слепенюк Ю.И., Станкевич Г.В. Особенности правового регулирования некоторых актуальных вопросов защиты прав потребителей медицинских услуг: монография. М., 2021. С. 5.

Потребитель ассоциируется с услугами вне зависимости от характера оплаты (финансирования) этой услуги, но не с помощью, характер которой отнюдь не обусловлен таким признаком, как возмездность. Полагаем, что такой подход авторов цитируемой монографии проистекает из глубоко цивилистического подхода к заявленной проблематике. Поддержим позицию И.В. Тимофеева о том, что «в современном обществе медицинская помощь – это не просто категория, определяющая содержание отношений между врачом и пациентом. Это общественная, а не только субъективная величина»¹.

Важно заметить, что медицинская помощь включает в себя медицинские услуги как частный случай медицинской помощи.

В словарях по-разному трактуется слово «услуга», например: как действие, приносящее помощь, пользу другому; как работа, выполняемая для удовлетворения чьих-либо нужд, потребностей; как система хозяйственных или других удобств, предоставляемых кому-либо². Однозначно, что в основе услуги лежит человеческий труд. Вопрос о том, является ли труд врача товаром, измеряемым в денежном эквиваленте, волнует многих работников здравоохранения. В российском менталитете прочно укрепилось мнение о том, что отношения врача и пациента, предполагают нечто большее (моральное, этическое, психологическое начала), чем приобретение услуг (товара).

В литературе высказываются различные точки зрения на соотношение понятий «услуга» и «товар». Приведем некоторые из них. Так, существует мнение о том, что товар имеет всегда денежную форму выражения, а услуга не всегда может быть выражена в материальной форме.

¹ Тимофеев И.В. Указ. соч. С. 49.

² Словарь русского языка: в 4 т. / под ред. А.П. Евгеньевой. 4-е изд., стер. М., 1999.

Отдельные авторы отличием услуги от товара считают позицию покупателя по отношению к процессу труда и продукту труда, завершающему этот процесс (когда покупатель решает приобрести услугу, он еще не знает, что в действительности получит, так как в момент покупки продукт труда еще не существует). Второй отличительной чертой выступает непостоянство качества услуг, которое может изменяться в зависимости от многих факторов (например, на качество медицинских услуг может влиять состояние здоровья и расположение духа врача, характер посетителя, число посетителей, ожидающих приема врача, и т.д.). Кроме того, услуга чаще всего привязана ко времени или к конкретному человеку, ее предоставляющему. И наконец, при предоставлении услуги существует возможность приспособить ее к запросам конкретного клиента¹.

Термин «товар» в сфере здравоохранения и образования не применим. Законодатель четко дал это понятие содержанием нормативных актов.

В соответствии с Приказом Росстата от 29 сентября 2017 г. № 643 «Об утверждении официальной статистической методологии формирования официальной статистической информации об объеме платных услуг населению в разрезе видов услуг» под услугой понимается результат производственной деятельности, осуществляемой по заказу в соответствии со спросом потребителя с целью изменения состояния потребляющих единиц (либо физического или интеллектуального состояния самого потребителя, либо принадлежащих ему предметов) или содействия обмену продуктами или финансовыми активами².

Услуги в соответствии с этим Приказом могут приобретать следующие формы: изменения в физическом состо-

¹ URL: <https://www.genon.ru/GetAnswer.aspx?qid=54211baa-a100-4ddc-8f76-a219697238db>

² URL: http://www.consultant.ru/cons_doc_LAW_279670/

янии отдельных лиц (производитель обеспечивает их медицинским лечением, улучшает их внешний вид); изменения в интеллектуальном состоянии отдельных лиц (производитель предоставляет образование или аналогичные услуги, предполагающие личный непосредственный контакт). При этом изменения в состоянии предполагают улучшения, которые материализуются в самих потребителях и могут иметь кратковременный или длительный характер.

В итоге услуги должны приводить к улучшению состояния лица – потребителя услуг. Эти законодательные установки никак не противоречат российскому менталитету, за исключением положения о том, что платные услуги всегда выступают объектом купли-продажи. Вот здесь возникают вопросы: может ли быть воспитание объектом купли-продажи? Оказание необходимой бесплатной медицинской помощи в рамках полиса ОФМС – это услуга?

Обратимся к «ОК 034-2014 (КПЕС 2008). Общероссийский классификатор продукции по видам экономической деятельности» (утв. Приказом Росстандарта от 31.01.2014 № 14-ст, в ред. от 16.06.2021)¹.

Перечень услуг в области здравоохранения дается в разделе 86. Это услуги больничных организаций краткосрочные и долгосрочные, а именно услуги больниц широкого профиля, т.е. медицинские, диагностические и лечебные услуги (например, общественных и областных боль-

¹ ОК 034-2014 (КПЕС 2008). Общероссийский классификатор продукции по видам экономической деятельности (утв. Приказом Росстандарта от 31.01.2014 № 14-ст) (ред. от 16.06.2021). URL: <http://www.consultant.ru>; Приказ Росстандарта от 12.08.2021 № 710-ст «Об утверждении Изменения 41/2021 ОКВЭД 2 к Общероссийскому классификатору видов экономической деятельности (ОКВЭД 2) ОК 029-2014 (КДЕС, ред. 2) и Изменения 59/2021 ОКПД 2 к Общероссийскому классификатору продукции по видам экономической деятельности (ОКПД 2) ОК 034-2014 (КПЕС 2008)». URL: <http://www.consultant.ru>

ниц, больниц некоммерческих организаций, университетских больниц, военных и тюремных больниц), и больниц специального назначения (например, психиатрических и наркологических больниц, инфекционных больниц, родильных домов, специализированных санаториев. Такие услуги преимущественно направлены на лечение стационарных больных и предоставляются под непосредственным наблюдением лечащих врачей: услуги медицинского и парамедицинского персонала; услуги лабораторий и технических служб, услуги неотложной медицинской помощи, операционной и т.д.

Сюда же относятся услуги хирургических отделений больниц: хирургические услуги, оказываемые стационарным больным под руководством лечащих врачей и направленные на лечение, восстановление и (или) поддержание здоровья пациента; услуги гинекологических и акушерских отделений больниц, в том числе гинекологические и акушерские услуги, оказываемые стационарным больным под руководством лечащих врачей и направленные на лечение, восстановление и (или) поддержание здоровья пациента; услуги планирования семьи, включая предоставление лечения, такого как стерилизация и прерывание беременности, с услугами стационара; услуги центров реабилитации; услуги психиатрических больниц; услуги в области медицинской и стоматологической практики; услуги в области специализированной врачебной практики; услуги по проведению и расшифровке медицинских исследований и др.

Отметим, что перечень этих услуг объемный. Он включает в себя те же действия медицинских работников, которые для гражданина являются бесплатными при наличии полиса обязательного медицинского страхования.

Действует Закон РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 (ред. от 11.06.2021) «О защите прав потребителей»¹, в соответствии с которым свои права могут защитить потребители, в том числе медицинских и образовательных услуг. Этот закон регулирует отношения, возникающие между потребителями и исполнителями при оказании услуг, устанавливает права потребителей на приобретение услуг надлежащего качества, получение информации об услугах и об их исполнителях, о владельцах агрегаторов информации об услугах, просвещении, государственной и общественной защите их интересов, а также определяет механизм реализации этих прав.

Примечательно, что изначально при принятии этого закона в 1992 г. услуги в области здравоохранения и образования не рассматривались в качестве предмета регулирования данного закона и вообще медицина и образование не относились к услугам.

Практика применения законодательства о защите прав потребителей в сфере здравоохранения сложилась только после принятия Пленумом Верховного Суда РФ Постановления от 28 июня 2012 г. № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей», в котором, руководствуясь ст. 126 Конституции Российской Федерации, ст. 9, 14 Федерального конституционного закона от 7 февраля 2011 г. № 1-ФКЗ «О судах общей юрисдикции в Российской Федерации», в целях обеспечения единства практики применения судами законодательства, регулирующего отношения в области защиты прав потребителей, а также учитывая возникающие у судов при рассмотрении данной категории дел вопросы, Пленум Верховного Суда Российской Федерации разъяснил (п. 9), что законодательство о защите прав потребителей применяется к отношениям по предоставлению гражданам меди-

¹ URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_305/

цинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования¹.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ст. 19 закрепил право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования².

Понятие «платные медицинские услуги» как медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования, ныне закреплено в Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006)³.

Законодатель, понимая, что вся медицинская помощь из бесплатной плавно перетекает в платную, сделал оговорку о том, что при заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной

¹ URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_131885/

² Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (с изменениями и дополнениями): Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Российская газета. 2011. № 263; Парламентская газета. 2011. № 50; Собрание законодательства Российской Федерации. 2011. № 48. Ст. 6724.

³ URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_136209/

программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Таким образом, законодатель разграничил понятия медицинская помощь, оказываемая бесплатно, и медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе.

В связи с данной терминологией на практике, например, возникают проблемы у военнослужащих, работников системы МВД, ФСБ, которым оказывается медицинская помощь в соответствии со специальным законодательством. Возникает справедливый вопрос о возмещении ущерба, причиненного некачественно оказанной медицинской помощью, а именно как защитить свои права, если в данном случае не будет действовать Закон РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 (ред. от 11.06.2021) «О защите прав потребителей», поскольку законодательство о защите прав потребителей применяется к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования. А на военнослужащих не распространяется система обязательного медицинского страхования.

Законодатель разграничил понятия «медицинская помощь» и «медицинские услуги» по критерию оплаты и вместе с тем определил, что один и тот же вид деятельности может осуществляться как на платной, так и на бесплатной основе, бесплатные виды деятельности не могут заменяться платными, а платные должны осуществляться наряду с бесплатными.

Важно отметить и тот факт, что юридическое сопровождение, алгоритм осуществления медицинской помощи существенно отличается от правового регулирования медицинских услуг.

С уверенностью можно констатировать, что правовое регулирование охраны здоровья населения есть межотрас-

левой институт, включающий нормы публичного и частного права. Но современные представления идут дальше традиционного деления права на публичное и частное.

Рассматривая медицинскую деятельность и фармацевтику как составные элементы биоправа, А.А. Мохов подчеркивает, что «речь идет о надотраслевом регулировании общественных отношений, имеющих общую технологическую платформу, а также начала, принципы»¹.

На наш взгляд, говорить о надотраслевом регулировании охраны здоровья граждан можно будет лишь в том случае, когда по аналогии с Евразийским экономическим союзом или Европейским союзом будут установлены единые для объединительного пространства нормы, имеющие значение как для Российской Федерации, так и для других стран при условии, что в национальных концепциях права нормы о правовом регулировании охраны здоровья относятся к разным теоретическим объединениям права.

Речь в таком случае можно вести не только о национальном надотраслевом регулировании, но и о наднациональном уровне унификации соответствующих норм об охране здоровья. Пока что концепция правового регулирования охраны здоровья населения вполне вписывается еще в постулаты Пандектов Юстиниана с приписываемым Ульпиану делением права на публичное, частное и право народов (т.е. международное право).

Существенное влияние на формирование концепции правового регулирования охраны здоровья населения сыграли конституционные реформы 2020 г., привнесшие в легальный юридический оборот ряд концептуальных положений, заставляющих скорректировать понимание административно-правового регулирования охраны здоровья населения.

¹ Мохов А.А. Биоэкономика. Биоэтика. Биоправо // Биоэкономика: доктрина, законодательство, практика. М., 2021. С. 69.

Солидаризируясь с высказанной ранее точкой зрения И.В. Тимофеева, считаем, что концепция правового регулирования охраны здоровья населения должна не только строиться на модели восполнения усилий конкретного человека по сбережению и восстановлению своего здоровья, но и включать в себя принудительные действия государства, направленные на решение публичных задач, таких как обороноспособность, государственная и общественная безопасность, защита интересов несовершеннолетних и иных ограниченно дееспособных лиц.

Конституционные нормы устанавливают два основных критерия медицинской помощи – её доступность и качество. И если доступность медицинской помощи строится на началах сочетания добровольности и недобровольности, сочетании систем финансирования (в рамках ОМС и вне такового), предполагает обязательное публично-правовое регулирование в сочетании с частноправовым, то качество медицинской помощи в большей степени соотносится с гражданско-правовыми категориями сопоставимыми с качеством оказания медицинских услуг.

Полагаем, что высказываемые И.В. Тимофеевым доводы о том, что «в современном конституционно-правовом понимании ДМП (доступность медицинской помощи. – *Е.Е.*) означает возможность беспрепятственного доступа человека в случае необходимости (показанности) к службам в системе охраны здоровья для получения пациентом качественной медицинской помощи, оказываемой медицинским работником по выбору пациента, наличии его информированного добровольного согласия, независимо от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров»¹, некоторые ученые несколько односторонне трактуют данный элемент

¹ *Тимофеев И.В.* Доступность и необходимость (показанность) медицинской помощи: конституционно-правовое содержание понятий // Конституционное и муниципальное право. 2018. № 6. С. 25.

права на охрану здоровья, не учитывая публичных интересов третьих лиц, интересы которых могут предполагать возможность принудительного оказания медицинской помощи иным лицам, но в интересах неопределенного круга лиц.

В этом смысле вряд ли обоснованным является предлагаемый пациент-ориентированный подход, где преобладающими представляются не публичные, а именно потребительские ценности¹.

¹ См., например: *Платонова Н.И., Мельников Ю.Ю., Смышляев А.В.* Нормативно-правовые аспекты формирования пациент-ориентированного подхода в системе оказания медицинской помощи в Российской Федерации (на современном этапе) // *Медицинское право.* 2020. № 3. С. 26–31.

7. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ И НАДЗОР В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (АДМИНИСТРАТИВНО-ПРАВОВЫЕ И АДМИНИСТРАТИВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ)

В условиях построения в России правового социального государства особое значение и актуальность обретает реализация основных прав граждан, поскольку на конституционном уровне права и свободы человека и гражданина признаются высшей социальной и правовой ценностью, а их защита – обязанностью государства. Именно государство в лице уполномоченных органов играет ключевую роль в обеспечении социальных прав граждан.

В условиях всемирной пандемии COVID-19 важно определить баланс между фактически тотальным санитарно-эпидемиологическим контролем и субъективными правами человека, включая право на свободу передвижения.

Масштаб изучаемой проблемы не ограничен территориальными пределами Российской Федерации, так как пандемическая ситуация заставляет обращаться как к положительному, так и отрицательному опыту европейских стран и США, по-разному определивших масштабы и формы контрольно-надзорного вмешательства в личную жизнь¹.

В Российской Федерации с учетом конституционной ценности права каждого человека на охрану здоровья в

¹ Обзор правоприменительной практики контрольно-надзорной деятельности Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения за 2020 год. URL:http://static.consultant.ru/obj/file/doc/obzor_200221-zdravoohr.pdf; О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации: Федеральный закон от 31.07.2020 № 248-ФЗ (в ред. от 11.06.2021 № 170-ФЗ) // СПС «КонсультантПлюс».

настоящее время создан и функционирует масштабный государственно-правовой механизм, который служит цели действительной гарантированности и реализации права человека на охрану здоровья и медицинскую помощь. Масштабность функционирующего административного аппарата предопределяет и масштабность анализа проблем его функционирования и административно-правового регулирования.

Будучи современным государством, нацеленным на аксиологическое наполнение правовой системы, Россия стремится к эффективной реализации базовых прав граждан, к которым в первую очередь относится право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Данный конституционный тезис предусматривает использование эвристических и аксиологических методов исследования наряду с методом системного анализа правовых и управленческих явлений, а также методами сравнительного правоведения в контексте изучения опыта европейских государств и США.

Ведомственный контроль в сфере медицины носит государственный характер, поскольку организуется и осуществляется органами исполнительной власти в подведомственных им органах и организациях, занимающихся медицинской и фармацевтической деятельностью. Внутренний контроль осуществляется органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Административно-правовое наполнение внутренних контроль имеет в тех случаях, когда его субъектами выступают органы и организации государственной системы здравоохранения.

Особенностью внутреннего контроля в современных условиях выступает контроль за охраной труда самих медицинских работников¹, что особенно актуализировалось в

¹ *Mitrokhin O.V.* Interaction between state and non-state organization while monitoring sanitary and epidemiological safety // *Voprosy gosudarstvennogo i municipalnogo upravleniya*. 2019. № 4. URL:

период пандемии коронавируса для медицинских работников, работающих в красных зонах.

Особый интерес представляет государственный контроль как форма контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Отличительная особенность государственного контроля данного вида состоит в том, что субъектами его осуществления выступают только специально уполномоченные на то органы государственной власти, а методы, которые эти органы применяют в процессе контрольно-надзорной деятельности, предполагают государственное принуждение.

Государственный контроль в сфере медицинской деятельности сводится к проведению уполномоченными органами и организациями проверок в отношении соблюдения прав граждан в медицинской сфере¹, лицензированию медицинской деятельности, к применению мер административного принуждения вне рамок ответственности², привлечению к различным видам ответственности³.

В этом смысле контрольную деятельность следует трактовать как деятельность, включающую правоприменительные акты, в том числе акты о привлечении к административной ответственности.

https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=4&SID=E61avJKrfgGsEp2RNxi&page=1&doc=1

¹ Обзор правоприменительной практики контрольно-надзорной деятельности Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения за 2019 г. // ИПП «Гарант».

² *Petrukhin N.N.* Typical drawbacks in sanitary and hygienic characteristics of labor conditions submitted for the examination of the relation of diseases with an occupation in medical workers // *Gigiena i Sanitariya* 2020. Vol. 99, № 6.

³ *Епифанова Е.В., Лунарев Е.Б.* Уголовная и административная ответственность в сфере здравоохранения: теория и практика применения. Краснодар, 2020.

По данным статистики, в 2019 г. в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности Росздравнадзором проведено 2 147 проверок, в том числе 1 938 внеплановых.

Основаниями для проведения Росздравнадзором внеплановых проверок послужили в первую очередь обращения граждан, содержащие сведения о возникновении угрозы и о причинении вреда жизни и здоровью. В ходе проведения контрольных мероприятий Росздравнадзором были выявлены нарушения обязательных требований в деятельности почти половины медицинских организаций из числа проверенных.

Данные статистики свидетельствуют о том, что нарушения обязательных требований в области медицинской деятельности – довольно распространенное явление, требующее постоянного государственного контроля с помощью проведения как плановых, так и внеплановых проверок. Более того, становится очевидным недостаточная эффективность проверок как основной формы государственного контроля (надзора) в сфере медицинской деятельности.

Значимость здоровья как блага человека и права на охрану здоровья отражена в основополагающих международно-правовых документах.

В Уставе (Конституции) ВОЗ подчеркивается, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья – одно из основных прав человека. Что касается субъективного права на обладание таким благом, то оно закреплено в Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах. Однако здоровье настолько значимо для жизни человека, что любые другие блага в условиях отсутствия здоровья вообще могут утратить всякую ценность вместе с возможностью реализовывать другие права и свободы¹.

¹ Комментарий к Конституции Российской Федерации / под ред. В.Д. Зорькина, Л.В. Лазарева. М., 2010.

Следует отметить, что в настоящее время законодательство о государственном контроле и надзоре подвергается существенным изменениям. В 2019 г. в ежегодном Послании Президента РФ Федеральному Собранию РФ В.В. Путин предложил пересмотреть правовую базу контрольно-надзорной деятельности, а именно прекратить действие всех устаревших нормативных актов в сфере контроля и надзора¹.

В указанном направлении идет активная законотворческая работа. Так, с 1 июля 2021 г. вступил в силу новый Федеральный закон «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации», который требует внесения соответствующих изменений в законодательство, регулирующее контрольно-надзорную деятельность государства в различных сферах, в том числе в области здравоохранения. В соответствии с положениями ч. 1 ст. 87 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в форме государственного, ведомственного и внутреннего контроля.

С административно правовой точки зрения право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в той или иной степени обеспечивается посредством всех перечисленных форм контроля.

Как следует из законодательства, регулирующего государственную контрольно-надзорную деятельность в сфере медицинской деятельности, основной формой и методом контроля выступает проведение проверок. Федеральный закон «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» от 31 июля

¹ Послание Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию РФ от 20 февраля 2019 г. // Официальный сайт Президента России. URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/59863>

2020 г. № 248-ФЗ (последняя редакция)¹ существенно расширяет перечень контрольно-надзорных мероприятий в отношении всех разновидностей государственного контроля (надзора).

Закон № 1051647-7 во исполнение требований Закона № 248-ФЗ также расширяет перечень контрольно-надзорных мероприятий, проводимых в сфере медицинской деятельности органами государственной власти, дополняя его такой формой контроля, как инспекционный визит².

Сущность инспекционного визита заключается в том, что он «проводится путем взаимодействия на объекте надзора с конкретным контролируемым лицом (владельцем, пользователем) без предварительного его уведомления»³.

Согласно ч. 3 ст. 70 Закона № 248-ФЗ инспекционный визит включает следующие возможные контрольные

¹ О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации: Федеральный закон от 31.07.2020 № 248-ФЗ. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_358750/

² О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации»: Закон № 1051647-7. URL: <http://www.consultant.ru/search/?q=%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BD+%E2%84%96+1051647-7+%D0%B2%D0%BE+%D0%B8%D1%81%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5+%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%B1%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B9+%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D0%B0+%E2%84%96+248-%D0%A4%D0%97+>

³ *Адамов Д.С.* [и др.] Анализ основных положений Федерального закона от 31.07.2020 № 248-ФЗ «О государственном контроле (надзоре) и муниципальном контроле в Российской Федерации» // Актуальные вопросы пожарной безопасности. 2020. № 4 (6). С. 26–32.

(надзорные) действия: осмотр, опрос, получение письменных объяснений, инструментальное обследование, истребование документов.

Расширение перечня контрольно-надзорных мероприятий, проводимых органами государственной власти, положительно оценивается в литературе.

Так, А.Ф. Масалаб отмечает, что отказ от монополии проверок как основного инструмента контрольно-надзорной деятельности и акцент законодателя на более оперативных и менее трудозатратных мероприятиях следует считать несомненными достоинствами законопроекта¹.

По мнению Н.М. Ладнушкиной, обновленные средства осуществления контрольной деятельности нацелены на меньшие издержки как для контролируемых лиц, так и для субъектов контроля, поскольку определенные методы предполагается использовать с использованием специальных технических средств дистанционного автоматизированного контроля².

В то же время звучат предложения наделить государственными контрольно-надзорными функциями негосударственные организации³.

¹ *Масалаб А.Ф.* Проблемы развития государственного контроля и надзора в контексте реформы законодательства // *Правоприменение*. 2020. Т. 4, № 4. С. 94–101.

² *Ладнушкина Н.М.* Новые подходы к государственной регламентации образовательной деятельности // *Право и права человека в современном мире: тенденции, риски, перспективы развития: материалы Всерос. науч. конф.* Саратов, 2020. С. 179–183.

³ *Mitrokhin O.V.* Interaction between state and non-state organization while monitoring sanitary and epidemiological safety // *Voprosy gosudarstvennogo i municipalnogo upravleniya*. 2019. № 4. P. 113–132. URL: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=4&SID=E61avJKrffxGsEp2RNxi&page=1&doc=1

Ставится вопрос о взаимодействии государственных и негосударственных организаций при мониторинге санитарно-эпидемиологической безопасности не только в традиционных формах и методах контрольно-надзорной деятельности, но и в форме санитарно-эпидемиологического аудита¹.

На наш взгляд, расширение перечня контрольно-надзорных мероприятий, проводимых в рамках осуществления государственного контроля (надзора) в целом и государственного контроля (надзора) в сфере медицинской деятельности в частности, должно расцениваться как мера, направленная на повышение эффективности контроля со стороны государства. При этом об ущемлении прав частных субъектов, осуществляющих медицинскую деятельность, говорить не приходится, поскольку гарантии защиты юридических лиц и индивидуальных предпринимателей остаются неизменными. Кроме того, наблюдается общая ориентированность законодателя и правоприменительной практики на толкование возможных противоречий в пользу контролируемых субъектов.

В области обеспечения государственного контроля в медицинской сфере формируются смежные направления контрольно-надзорной деятельности государства. Так, С.В. Воронкова отдельно выделяет государственный контроль и надзор в сфере охраны здоровья трудоспособного населения, который имеет общие черты с государственным контролем здравоохранения, но отличается определенной спецификой. Особенность государственного контроля и надзора в сфере охраны здоровья трудоспособного населения, по мнению С.В. Воронковой, выражается в его более

¹ *May I.V., Sedusova E.V. Sanitaryepidemiological audit as a tool to improve management effectiveness in the sphere of sanitary and epidemiological welfare of the population // Gigiena i Sanitariya. 2018. № 97(1). С. 90–93.*

узкой направленности и межведомственным характере, поскольку такой контроль осуществляется органами исполнительной власти разной подведомственности (не только органами здравоохранения)¹.

Специальным субъектом, осуществляющим контроль (надзор) за медицинской деятельностью, в настоящее время является Росздравнадзор, но дополнительно отдельные контрольно-надзорные функции возлагаются и на Минздрав России, и на Федеральное медико-биологическое агентство², что не соответствует их функциональному предназначению.

В последние годы отмечается изменение вектора государственной контрольной деятельности посредством формирования рискориентированного подхода, сущность которого заключается в таком выборе методов, продолжительности и интервальности проведения контрольных мероприятий, который продиктован критерием отнесения деятельности конкретного контролируемого лица к определенной категории риска.

В ч. 2 ст. 1 Закона № 248-ФЗ уже напрямую указано на то, что государственный контроль (надзор) направлен на достижение общественно значимых результатов, связанных с минимизацией риска причинения вреда (ущерба)

¹ *Воронкова С.В.* Государственный контроль и надзор в сфере охраны здоровья трудоспособного населения: административно-правовые аспекты: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Н. Новгород, 2020.

² *Potapenko S.V., Luparev E.B.* Jurisdictional control in the sphere of public health protection in the Russian Federation // MEDICINE LAW & SOCIETY. 2020. № 13/2. P. 123–152. URL: https://apps.webofknowledge.com/InboundService.do?product=WOS&Func=Frame&DestFail=http%3A%2F%2Fwww.webofknowledge.com&SrcApp=RRC&locale=ru_RU&SrcAuth=RRC&SID=C3AMtvEdQbfj8qq9Yoy&cu stomersID=RRC&mode=FullRecord&IsProductCode=Y es&Init=Yes&action=retrieve&UT=WOS%3A00058384 9300002

охраняемым законом ценностям, вызванного нарушениями обязательных требований.

До введения риск-ориентированного подхода контрольно-надзорная деятельность осуществлялась без учета указанных критериев, контрольным мероприятиям подвергались все юридические лица и индивидуальные предприниматели. Важно отметить, что среди видов государственного контроля (надзора), в отношении которых применяется риск-ориентированный подход, указан также государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности. Исключением является лицензирование медицинской деятельности как форма государственного контроля (надзора).

В настоящее время основной формой реагирования органов государственной власти на возникновение риска нарушения обязательных требований в сфере здравоохранения остается проведение внеплановой проверки. Основанием для проведения внеплановых проверок Росздравнадзором служат индикаторы риска нарушения обязательных требований, которые устанавливаются Минздравом России. Таким индикатором выступает показатель общей летальности пациентов в течение трех месяцев подряд. В свете развития риск-ориентированного подхода к государственной контрольно-надзорной деятельности, к наиболее эффективному осуществлению органами государственной власти своих функций, оптимизации трудовых и экономических затрат государственных надзорных органов и контролируемых лиц расширение перечня форм государственного контроля (надзора) является очевидно верным решением законодателя.

В рамках изучения административно-правового и административно-процессуального компонента государственного контроля и надзора в сфере медицинской деятельности представляет интерес порядок обжалования решений и действий органов государственной власти и их

должностных лиц. В настоящее время такие решения и действия могут быть обжалованы заинтересованными лицами в административном и судебном порядке.

Согласно Административному регламенту Росздравнадзора по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности жалоба на действия (бездействие), решение Росздравнадзора или должностного лица Росздравнадзора может быть подана непосредственно в Росздравнадзор (территориальный орган) и рассмотрена по общему правилу в течение 30 дней со дня ее регистрации.

Судебный порядок обжалования действий и решений органов государственной власти и их должностных лиц, в свою очередь, дифференцирован: в зависимости от характера общественных отношений, круга субъектов и характера возникающих, изменяющихся или прекращающихся общественных отношений он регулируется процессуальным законодательством (КАС РФ, АПК РФ и ГПК РФ)¹.

Так, К. обратилась с жалобой в территориальный орган Росздравнадзора на некачественное лечение в стоматологической клинике ООО «Д.», просила провести государственный контроль качества, а также экспертизу контроля качества оказанной ей медицинской услуги в ООО «Д.» и дать оценку оказанной ей некачественной медицинской помощи.

Территориальный орган Росздравнадзора отказал в удовлетворении жалобы К., мотивируя свой отказ тем, что клинические рекомендации (протоколы лечения) не входят в перечень обязательных требований, проверка по жалобе К. проходила в рамках лицензионного контроля, од-

¹ *May I.V., Sedusova E.V.* Sanitaryepidemiological audit as a tool to improve management effectiveness in the sphere of sanitary and epidemiological welfare of the population // *Gigiena i Sanitariya*. 2018. № 97 (1). С. 90–93.

нако помимо требований о проверке соблюдения лицензионных требований клиникой, К. также настаивала на проведении государственного контроля качества, включающего проведение экспертизы контроля качества оказанной ей медицинской помощи в ООО «Д.».

Не согласившись с решением территориального органа Росздравнадзора, К. обратилась в суд с административным иском об оспаривании действий Росздравнадзора по отказу в проведении государственного контроля качества, включающего экспертизу контроля качества оказанной медицинской помощи ООО «Д.», возложении обязанности восстановить допущенное нарушение ее права на своевременное и полное рассмотрение обращений граждан, провести государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности в части соблюдения порядков и стандартов в соответствии с нормативными актами, включая экспертизу качества медицинской помощи, оказанной ей в ООО «Д.». Решением суда первой инстанции, оставленным без изменения судом апелляционной и кассационной инстанций, требования К. удовлетворены в полном объеме.

8. ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНО-ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫХ МЕР И АДМИНИСТРАТИВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Административно-предупредительные меры необходимы для предупреждения совершения административных правонарушений, иных противоправных деяний, а также для защиты жизни, здоровья, имущества в связи с чрезвычайными ситуациями природного и техногенного характера. Такие меры не имеют в качестве основания совершение административного правонарушения. Они носят превентивный (профилактический) характер, предшествуя применению иных мер административного принуждения и представляют собой форму ограничений или обязывания совершения каких-либо действий (бездействий). Цель применения этих мер – воздействовать на сознание и поведение людей, способствовать сознательному и добровольному исполнению предписаний закона. Например, карантин как предупредительная мера вводится при пересечении Государственной границы РФ, на территории РФ, субъекта РФ, в городах, сельских поселениях, в организациях, на объектах хозяйственной и иной деятельности в случае угрозы возникновения и распространения инфекционных заболеваний (эпидемий, эпизодий).

Особую группу среди административно-предупредительных мер составляют лечебно-предупредительные меры, которые направлены не только на обеспечение общественной безопасности, но и на лечение опасных для общества душевнобольных, лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, больных некоторыми опасными инфекционными заболеваниями.

В науке административного права даются различные определения административно-предупредительных мер, анализируются их виды в зависимости от тех общественных отношений, на регулирование которых они направлены. Приведем некоторые из них.

Например, Д.М. Овсянко определил административно-предупредительные меры как средство предотвращения, предупреждения возможных нежелательных, вредных последствий либо правонарушений¹.

А.И. Каплунов рассматривает административно-предупредительные меры, направленные на предупреждение административных правонарушений, как деятельность упреждающего воздействия, проводимую соответствующими должностными лицами в пределах их компетенции. Данная деятельность осуществляется с целью установления причин и условий, способствующих совершению правонарушений, выявления лиц, совершающих правонарушения, оказания на них профилактического воздействия, предотвращения (недопущения) совершения административного правонарушения и создания обстоятельств, препятствующих совершению правонарушений².

Н.Г. Кобец полагает, что предупредить правонарушение – значит не допустить его возникновения³.

¹ Административное право: учеб. пособие / под ред. проф. Г.А. Туманова М., 1997. С. 127. Аналогичный подход см.: Общее административное право: учебник / под. ред. Ю.Н. Старилова. Воронеж, 2007. С. 476.

² См.: *Равнюшкин А.В.* Административно-правовые средства предупреждения и пресечения органами внутренних дел правонарушений в сфере семейно-бытовых отношений: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. М., 2015; *Каплунов А.И.* Административное принуждение, применяемое органами внутренних дел (системно-правовой анализ): автореф. дис. ... д-ра юрид. наук. М., 2005.

³ *Кобец Н.Г.* Предупреждение правонарушений в производственном коллективе: вопросы теории и практики. М., 1982. С. 38.

Сущность административно-предупредительных мер, по мнению А.В. Леженина, раскрывается в теории административной превенции, которая рассматривает предупредительные меры как: 1) профилактику негативного социального поведения субъектов и общественно опасных последствий, осуществляемую в установленном законом порядке; 2) форму реализации права (причём форму исключительную, в виде применения права); 3) определённым образом систематизированную группу мер административно-правового принуждения; 4) метод государственного управления; 5) совокупность определённых юридических норм (правил поведения), т.е. как субинститут (по отношению к правовому институту административного принуждения), носящий комплексный характер с преобладанием норм административно-правовых, устанавливающих определённую систему принудительных мер и условий их применения; 6) правоотношение вертикального характера (предполагающее юридическое неравенство субъектов — властвующего субъекта, или управляющего, и подвластного физического или юридического лица, т.е. управляемого)¹.

Будучи сторонником широкого многоаспектного подхода к разнообразию административно-предупредительных мер, А.В. Леженин предложил развернутое определение административно-предупредительных мер, перечислив объекты административно-правовой защиты: это группа мер административно-правового принуждения, которые представлены в виде указаний, содержащихся в диспозициях административно-правовых норм, и направлены на превенцию правонарушений, предупреждение противоправных действий и их отрицательных последствий в сфере обеспечения правопорядка и общественной безопасности, а равно

¹ *Леженин А.В.* Административно-предупредительные меры правового принуждения: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Воронеж, 2004.

на предотвращение возможности наступления обстоятельств, связанных с чрезвычайными ситуациями природного и техногенного характера, распространением массовых инфекционных заболеваний, угрозой террористических актов и т.п., угрожающими жизни и безопасности граждан, нормальному функционированию органов публичной власти, предприятий, учреждений, иных организаций¹.

Обращаясь к отношениям в области здравоохранения в условиях распространения коронавирусной инфекции, следует отметить, что ныне роль административно-предупредительных мер определяется их способностью воздействовать на общественные отношения, складывающиеся в сфере здравоохранения, охраны здоровья граждан. Указанные административно-предупредительные меры регулируют также деятельность уполномоченных органов, определяют компетенцию этих органов, воздействующих на поведение лиц, которые подвергают опасности заражения себя и окружающих людей, отказываясь от прививки, соблюдения дистанции, ношения масок, перчаток, способствуют распространению инфекции. Под административным предупреждением следует понимать систему административно-правовых норм и закрепленных в них процедур (действий), применяемых уполномоченными субъектами и оказывающих регулирующее воздействие на поведение граждан в сфере отношений в области здравоохранения и охраны здоровья граждан с целью его изменения, а также недопущения вредных его последствий путем различных методов и способов правового регулирования².

¹ Леженин А.В. Указ. соч.

² Аналогичное определение было дано применительно к семейным отношениям в указанной работе А.В. Равнюшкина.

Особые превентивные меры в РФ в области охраны здоровья населения были приняты в связи с распространением коронавирусной инфекции¹.

К ним следует отнести введение режима самоизоляции, масочного режима, соблюдения дистанции, запрет на проведение массовых мероприятий и т.д.

В теоретической плоскости административно-предупредительные меры исследовались в различных научных работах. Ныне ценным представляется исследование практики их применения.

Рассмотрим примеры из судебной практики, связанные с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

Особую дискуссию вызвал вопрос о законности введения режима повышенной готовности на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации.

Правила поведения при введении режима повышенной готовности на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации, или в зоне чрезвычайной ситуации были утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 апреля 2020 г. № 417.

Согласно правилам при введении режима повышенной готовности на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации, граждане обязаны выполнять законные требования должностных лиц, осуществляющих мероприятия по предупреждению

¹ Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) № 1 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 21.04.2020). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350813/

чрезвычайных ситуаций; при угрозе возникновения чрезвычайной ситуации гражданам запрещается осуществлять действия, создающие угрозу собственной безопасности, жизни и здоровью, а также осуществлять действия, создающие угрозу безопасности, жизни и здоровью, санитарно-эпидемиологическому благополучию иных лиц, находящихся на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации (подп. «б» п. 3, подп. «в», «г» п. 4 Правил).

Статьей 20.6 1 КоАП РФ установлена административная ответственность за невыполнение этих правил поведения при чрезвычайной ситуации или угрозе ее возникновения или в зоне чрезвычайной ситуации, за исключением случаев, предусмотренных ч. 2 ст. 6.3 КоАП РФ (подп. «а.2» п. «а» ст. 10 Федерального закона от 21 декабря 1994 г. « 68-ФЗ (в редакции от 1 апреля 2020 г.) «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера»).

Конституционный Суд РФ указал, что, устанавливая административную ответственность, законодатель может по-разному, в зависимости от существа охраняемых общественных отношений, конструировать составы административных правонарушений и их отдельные элементы, включая такой элемент состава административного правонарушения, как объективная сторона, в том числе использовать в указанных целях бланкетный (отсылочный) способ формулирования норм (постановления Конституционного Суда Российской Федерации от 14 февраля 2013 г. № 4-П и от 16 июля 2015 г. № 22-П; определения от 21 апреля 2005 г. № 122-О и от 19 ноября 2015 г. № 2557-О и др.).

Это означает, что положения ч. 2 ст. 1.7 КоАП РФ должны подлежать учету при внесении изменений не только в данный кодекс и принимаемые в соответствии с ним законы субъектов Российской Федерации об админи-

стративных правонарушениях, но и в законы и иные нормативные правовые акты, устанавливающие правила и нормы, за нарушение которых предусмотрено наступление административной ответственности (Определение Конституционного Суда Российской Федерации от 8 декабря 2015 г. № 2735-О).

С учетом изложенного отмена нормативного правового акта, принятого уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации и содержащего обязательные для исполнения гражданами и организациями правила поведения при введении режима повышенной готовности, или исключение из такого акта отдельных правовых норм, закрепляющих те или иные правила поведения, являются основанием для прекращения производства по делу об административном правонарушении, предусмотренном соответствующей частью ст. 20.6 1 КоАП РФ, либо отмены состоявшегося по делу об указанном правонарушении постановления о назначении административного наказания, если оно не было исполнено (п. 5 ч. 1 ст. 24.5 КоАП РФ)¹.

Органы государственной власти субъектов РФ принимают в соответствии с федеральными законами *региональные* законы и иные нормативные правовые акты в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций межмуниципального и регионального характера и обязательные для исполнения гражданами и организациями правила поведения при введении режима повышен-

¹ Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) № 3 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 17.02.2021). URL: <https://demo.garant.ru/#/document/400336637/paragraph/1/doclist/794/showentries/0/high-light/%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%81:5>

ной готовности или чрезвычайной ситуации, а также с учетом особенностей чрезвычайной ситуации на территории субъекта Российской Федерации или угрозы ее возникновения во исполнение правил поведения, установленных в соответствии с подп. «а.2» п. «а» ст. 10 названного федерального закона, могут предусматривать *дополнительные обязанности для исполнения гражданами и организациями правила поведения при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации* (подп. «б» п. 6 ст. 4.1, п. «а», «у», «ф» ч. 1 ст. 11 Федерального закона от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ (в редакции от 1 апреля 2020 г.) «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера»).

Примером реализации этих положений может служить Указ мэра Москвы от 5 марта 2020 г. № 12-УМ «О введении режима повышенной готовности» (в редакции Указа мэра Москвы от 10 апреля 2020 г. № 42-УМ), Постановление губернатора Московской области от 12 марта 2020 г. № 108-ПГ (в редакции от 12 апреля 2020 г. № 178-ПГ) «О введении в Московской области режима повышенной готовности для органов управления и сил Московской областной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и некоторых мерах по предотвращению распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) на территории Московской области» и др.

Несмотря на то что административно-предупредительные меры имеют предупредительное значение, их несоблюдение влечет применение мер административного принуждения.

В условиях распространения коронавирусной инфекции проблемным стал вопрос о введении и соблюдении режима самоизоляции.

В обзоре судебной практики¹ по этому вопросу было дано разъяснение о том, что в случае нарушения подп. 2.3 п. 2 постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 марта 2020 г. № 7 «Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения распространения COVID-2019» о выполнении требования по изоляции в домашних условиях, а также подп. 3.2.4 п. 3.2 раздела 3 Указа мэра Москвы от 5 марта 2020 г. № 12-УМ «О введении режима повышенной готовности» (в редакции Указа мэра Москвы от 10 апреля 2020 г. № 42-УМ) о временном приостановлении посещения гражданами территорий общегородского значения, допущенное лицом, прибывшим на территорию Российской Федерации из иностранного государства, необходимо квалифицировать его по ч. 2 ст. 6.3 КоАП РФ, которая является специальной по отношению к ч. 1 ст. 20.6.1 КоАП РФ.

Превентивные меры были направлены на соблюдение действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

В новых условиях расширилось содержание отдельных статей КоАП РФ, например, ст. 6.3 КоАП РФ. Частью 2 ст. 6.3 КоАП РФ установлена административная ответственность за нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприя-

¹ Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) № 1 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 21.04.2020). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350813/

тий, совершенные в период режима чрезвычайной ситуации или при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, либо в период осуществления на соответствующей территории ограничительных мероприятий (карантина), либо невыполнение в установленный срок выданного в указанные периоды законного предписания (постановления) или требования органа (должностного лица), осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

Актуальным стало расширение перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Данный перечень заболеваний утверждает Правительство Российской Федерации, исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших. Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 января 2020 г. № 66 коронавирусная инфекция (2019-nCoV) внесена в Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации в соответствии с ч. 1 ст. 33 Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).

При выявлении нарушения санитарного законодательства, а также при угрозе возникновения и распростра-

нения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, имеют право выдавать гражданам предписания, обязательные для исполнения ими в установленные сроки, об устранении выявленных нарушений санитарно-эпидемиологических требований, о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, а также при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих. Главные государственные санитарные врачи и их заместители наделяются полномочиями выносить мотивированные постановления о госпитализации для обследования или об изоляции больных инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, и лиц с подозрением на такие заболевания, а также о проведении обязательного медицинского осмотра, госпитализации или об изоляции граждан, находившихся в контакте с больными инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (п. 2 ст. 50, п. 6 ч. 1 ст. 51 Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).

Таким образом, законодатель допускает медицинское вмешательство, а также принятие изоляционных мер различного характера в отношении названных лиц в порядке, установленном законодательством.

Соблюдение санитарных правил, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц (ч. 3 ст. 39 Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п. 1.3, 2.6, 2.7, 10.1, 13.1 Санитарно-эпидемиологических правил СП

3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней», утвержденных постановлением Врио Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 16 декабря 2013 г. № 65).

Согласно приведенным нормам в их системной взаимосвязи привлечению к административной ответственности по ч. 2 ст. 6.3 КоАП РФ в связи с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) подлежат: лица с подозрением на наличие заразной формы инфекционного заболевания; лица, прибывшие на территорию Российской Федерации, в том числе из государства, эпидемически неблагополучного по коронавирусной инфекции; лица, находящиеся или находившиеся в контакте с источником заболевания, в контакте с лицами с подозрением на наличие заразной формы инфекционного заболевания; лица, уклоняющиеся от лечения опасного инфекционного заболевания, нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также не выполнившие в установленный срок выданное в периоды, указанные в ч. 2 ст. 6.3 КоАП РФ, законное предписание (постановление) или требование органа (должностного лица), осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор¹.

Предупреждение распространения коронавирусной инфекции потребовало межотраслевого взаимодействия. В рамках отраслевого законодательства предусматривается возможность противодействия распространению коронави

¹ Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) № 1 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 21.04.2020). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_350813/

русной инфекции. Так, в целях снижения рисков распространения COVID-19 на объектах железнодорожного транспорта и транспортной инфраструктуры в соответствии со ст. 31, подп. 6 п. 1 ст. 51 Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»¹ было рекомендовано:

- обеспечить доступ на объекты пассажирской инфраструктуры, вокзалы и в пригородные поезда пассажиров, использующих гигиенические маски для защиты органов дыхания; организацию мест сбора использованных средств индивидуальной защиты с последующей утилизацией;

- контролировать использование гигиенических масок пассажирами на всем пути следования в поездах пригородного сообщения, аэроэкспрессах, скоростных и высокоскоростных поездах (при следовании железнодорожного состава не более 5 часов);

- допустить к работе работников пассажирского комплекса при наличии прививок против новой коронавирусной инфекции с подтверждающими документами – сертификатом о вакцинации, QR-кодом; не позднее 6 мес. – справкой из лечебного учреждения о перенесенном заболевании COVID-19, с результатами ПЦР-тестирования с кратностью 1 раз в 14 дней, лиц, имеющих противопоказания к профилактической прививке против новой коронавирусной инфекции.

На работников железнодорожного транспорта был возложен ряд обязанностей, например, оперативного информирования работников медицинских пунктов железнодорожных вокзалов о случаях регистрации пассажиров с повышенной температурой тела с целью оценки состояния больного и оказания первичной медицинской помощи.

¹ Собрание законодательства Российской Федерации. 1999. № 14. Ст. 1650; 2019. № 30. Ст. 4134.

Работники железнодорожного пассажирского транспорта обязаны использовать средства индивидуальной защиты (маски, перчатки), кожные антисептики.

Обязательным является проведение иммунизации против гриппа с охватом не менее 75% в профессиональных группах, имеющих факторы повышенного риска заболевания: работники поездных бригад, вагонов-ресторанов, билетные кассиры, дежурные по вокзалам, персонал комнат отдыха пассажиров и комнат матери и ребенка на вокзалах, работники пригородных компаний (контролеры, кондукторы)¹.

¹ О мерах по снижению рисков распространения COVID-19 на объектах пассажирского комплекса, в том числе пригородной инфраструктуры, моторвагонном подвижном составе пригородного сообщения и дальнего следования в период сезонного подъема заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями 2021–2022 гг.: Постановление Главного государственного санитарного врача по железнодорожному транспорту РФ от 01.11.2021 № 7. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34661/

Подобные отраслевые нормативные акты приняты в оперативном порядке и в других сферах, например, в образовании¹, здравоохранении² и т.д.

Таким образом, посредством изменения законодательства были созданы эффективные рычаги противодействия распространению коронавирусной инфекции. Закрепленные в нормативных актах превентивные меры были направлены на соблюдение действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

¹ Приказ Министерства просвещения РФ от 17.03.2020 № 104, Письмо о направлении методических рекомендаций Министерства просвещения РФ от 19.03.2020 № ГД-39-04, Письмо Министерства просвещения РФ о направлении методических рекомендаций для специалистов психологической службы в системе образования в связи с распространением коронавирусной инфекции, Постановление главы администрации (губернатора) Краснодарского края от 13.03.2020 № 129, Письмо Министерства образования, науки и молодежной политики Краснодарского края от 16.03.2020 № 47-01-13-5309/20, Письмо Министерства образования, науки и молодежной политики Краснодарского края от 18.03.2020 № 47-01-13-5576/20, Письмо Министерства образования, науки и молодежной политики Краснодарского края от 19.03.2020 № 47-01-13-5732-20 Приложения к письму от 19.03.2020 № 47-01-13-5732-20, Письмо Министерства образования, науки и молодежной политики Краснодарского края от 07.04.2020 № 47-01-13-6807/20 «О подходах к организации контроля успеваемости при применении дистанционных образовательных технологий», Письмо Министерства образования, науки и молодежной политики Краснодарского края от 15.04.2020 № 47-01-13-7335/20 «О недопущении сбора денежных средств», Письмо Министерства образования, науки и молодежной политики Краснодарского края от 30.04.2020 № 47-01-13-8427/20 «Об организации образовательной деятельности» и т.д. URL: <https://minobr.krasnodar.ru>

² Приказ Министерства здравоохранения Краснодарского края «Об организации амбулаторной медицинской помощи пациентам с подтвержденным, подозрительным и вероятным случаем заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в 2020–2021 гг. от 10.11.2020. URL: <http://www.minzdravkk.ru>

Нарушение установленных антиковидных требований может повлечь административную ответственность в соответствии с действующим КоАП РФ.

В настоящее время складывается судебная практика применения административного законодательства, направленного на противодействие распространению коронавирусной инфекции в РФ. Приведем примеры споров, возникающих вследствие применения данного законодательства.

Законом Московской области от 4 мая 2005 г. N 110/2005-ОЗ «О защите населения и территории Московской области от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», постановлением «О введении в Московской области режима повышенной готовности для органов управления и сил Московской областной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и некоторых мерах по предотвращению распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) на территории Московской области» (подп. 3 п. 5 в оспариваемой редакции) был установлен запрет для граждан покидать места проживания (пребывания), за исключением определенных случаев (обращение за медицинской помощью, покупка необходимых товаров и др.), представляющий собой временную административно-правовую меру, направленную на предупреждение возникновения и развития чрезвычайных ситуаций, ограничение эпидемического распространения заболеваемости коронавирусной инфекцией на территории Московской области и тем самым на обеспечение реализации и защиты гарантированных Конституцией Российской Федерации прав неопределенного круга лиц, проживающих (пребывающих) на территории указанного субъекта Российской Федерации. Оспаривалось установление запрета.

Конституционный Суд РФ разъяснил, что правовых средств, направленных на защиту жизни и здоровья граждан в ситуациях, связанных с распространением заболеваний, относится по общему правилу к дискреции законодателя, а если такие правовые средства имеют характер мер по ограничению иных прав, то применительно к российской правовой системе – к дискреции федерального законодателя. В то же время отсутствие правового регулирования, адекватного по своему содержанию и предусмотренным мерам чрезвычайной ситуации, угрожающей жизни и здоровью граждан, при том, что такая угроза реальна и безусловна, не может быть оправданием для бездействия органов публичной власти по предотвращению и сокращению случаев наступления смертей и тяжелых заболеваний. Подобное бездействие означало бы устранение государства от исполнения его важнейшей конституционной обязанности, состоящей в признании, соблюдении и защите прав и свобод человека и гражданина, и, по сути, приводило бы к ее игнорированию в силу сугубо формальной интерпретации конституционного принципа верховенства закона (ст. 2 и 18 Конституции Российской Федерации), без учета того, что интересы защиты жизни и здоровья граждан при определенных обстоятельствах могут преобладать над ценностью сохранения обычного правового режима реализации иных прав и свобод, а право на свободу передвижения по своей природе не является абсолютным (ч. 3 ст. 55 Конституции Российской Федерации, ст. 1 и 8 Закона Российской Федерации от 25 июня 1993 г. № 5242-І «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации»). Подтвердив право органов государственной власти субъектов Российской Федерации принимать конкретные меры, направленные на борьбу с пандемией (в том числе устанавливать правила поведения граждан в условиях режима повышенной готовности), ограничивающие, в

частности, передвижение лиц и транспортных средств, федеральный законодатель вправе был полагать, что определение таких мер в условиях пандемии, неравномерно протекающей в разных регионах страны, гораздо эффективнее может осуществляться на уровне субъектов Российской Федерации. В свою очередь, органы власти субъектов Российской Федерации, участвуя в рамках единой государственной политики в данных отношениях, были вправе предусмотреть адекватные способы эффективного решения возложенных на них задач с учетом территориального и временного характера их действия, не допуская при этом несоразмерного ограничения конституционных прав и свобод граждан.

Конституционный Суд РФ пришел к выводу: ограничение свободы передвижения, установленное оспариваемым положением постановления губернатора Московской области от 12 марта 2020 г. № 108-ПГ, действующим во взаимосвязи с общей системой конституционно-правового и соответствующего отраслевого регулирования, обусловлено объективной необходимостью оперативного реагирования на беспрецедентную угрозу распространения коронавирусной инфекции, имеет исключительный характер и преследует конституционно закрепленные цели защиты жизни и здоровья всех лиц, включая в первую очередь самих граждан, подвергнутых временной изоляции, и является соразмерным. Оспариваемые меры обеспечивают справедливый баланс между необходимостью защиты жизни и здоровья населения в условиях сложной эпидемической ситуации, с одной стороны, и обеспечением возможности передвижения – с другой. Тем самым регулирование, предусмотренное подп. 3 п. 5 постановления губернатора Московской области от 12 марта 2020 г. № 108-ПГ, необходимость принятия которого была обусловлена чрезвычайными обстоятельствами и которое имело правовые ориентиры в феде-

ральном законодательстве в момент его установления и затем в кратчайшие сроки было согласовано с ним посредством его изменения, не может рассматриваться с учетом преследуемой цели как возложение на граждан чрезмерного бремени. Подпункт 3 п. 5 постановления губернатора Московской области от 12 марта 2020 г. № 108-ПГ не противоречит Конституции Российской Федерации, поскольку установление этим положением обязанности граждан в условиях режима повышенной готовности в целях предотвращения распространения коронавирусной инфекции не покидать места проживания (пребывания), за исключением предусмотренных в данной норме случаев, было продиктовано объективной необходимостью оперативного реагирования на экстраординарную (беспрецедентную) опасность распространения коронавирусной инфекции (COVID-2019), вводимые им меры не носили характера абсолютного запрета, допуская возможность перемещения граждан при наличии уважительных обстоятельств, были кратковременными, а возможность их установления получила своевременное подтверждение в федеральном законодательстве¹.

Приведем еще один пример по делу о признании частично недействующим п. 4.4 санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой корона-

¹ Постановление Конституционного Суда РФ от 25 декабря 2020 г. № 49-П «По делу о проверке конституционности подпункта 3 пункта 5 постановления губернатора Московской области "О введении в Московской области режима повышенной готовности для органов управления и сил Московской областной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и некоторых мерах по предотвращению распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) на территории Московской области" в связи с запросом Протвинского городского суда Московской области». URL: <https://demo.garant.ru/#/document/400140334>

вирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 мая 2020 г. № 15.

Верховный Суд РФ установил, что постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 мая 2020 г. № 15 (далее – Постановление № 15) утверждены санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3597-20 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (далее – Санитарные правила). Нормативный правовой акт 26 мая 2020 г. зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации (далее – Минюст России), № 58465, официально опубликован 27 мая 2020 г. на Официальном интернет-портале правовой информации (www.pravo.gov.ru), 29 мая 2020 г. – в «Российской газете». Согласно абзацу второму п. 4.4 Санитарных правил мероприятиями, направленными на разрыв механизма передачи инфекции, являются соблюдение всеми физическими лицами правил личной гигиены (мытье рук, использование антисептиков, медицинских масок, перчаток) и социальной дистанции от 1,5 до 2 метров.

Группа лиц в количестве более двадцати человек обратилась в Верховный Суд Российской Федерации с коллективным административным иском о признании недействующим приведенного предписания Санитарных правил в той части, в которой в качестве мероприятия, направленного на разрыв механизма передачи инфекции, оно предусматривает использование всеми физическими лицами медицинских масок.

В обоснование требований административные истцы указали на несоответствие оспариваемого положения Санитарных правил статьям 37 и 38 Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (далее – Федеральный закон № 52-ФЗ), Федеральному закону от 21 ноября 2011 г.

№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) и нарушение их прав, гарантированных ст. 21 и 41 Конституции Российской Федерации.

Как утверждают административные истцы, Санитарные правила разработаны без проведения научно-исследовательских работ, подтверждающих эффективность и доказывающих отсутствие негативных последствий от использования масок и перчаток, а также без предварительной оценки социальных и экономических последствий их применения. Предусмотренные оспариваемым нормативным правовым актом требования об обязательном использовании медицинских масок и перчаток, о соблюдении социальной дистанции нарушают их право на охрану здоровья. По мнению административных истцов, понятия «медицинская маска» и «перчатки как средство индивидуальной защиты рук» определены в национальных стандартах Российской Федерации – ГОСТ Р 58396-2019 «Маски медицинские. Требования и методы испытаний» и ГОСТ 12.4.252-2013 «Система стандартов безопасности труда. Средства индивидуальной защиты рук. Перчатки. Общие технические требования. Методы испытаний», которыми использование населением медицинских масок и перчаток как средств личной гигиены и защиты от вирусных инфекций не предусмотрено.

В ходе рассмотрения дела Верховный Суд РФ выяснил, что Санитарные правила разработаны и утверждены во исполнение решения Координационного совета при Правительстве Российской Федерации по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации от 20 мая 2020 г. и поручения Председателя Правительства Российской Федерации М.В. Мишустина от 20 мая 2020 г. № ММ-П13-5108кв. Их подготовка осуществлена в соответствии с предписаниями

п. 4(4) Постановления Правительства Российской Федерации от 13 августа 1997 г. № 1009. Процедура принятия Санитарных правил, вопреки доводам административных истцов, соответствует требованиям Федерального закона № 52-ФЗ и Постановления Правительства Российской Федерации от 13 августа 1997 г. № 1009. Санитарно-эпидемиологические правила устанавливают санитарно-эпидемиологические требования – обязательные требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания, условий деятельности юридических лиц и граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, используемых ими территорий, зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования, транспортных средств, несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, угрозу возникновения и распространения заболеваний (ст. 1 Федерального закона № 52-ФЗ).

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья как один из основных принципов охраны здоровья обеспечивается путем осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними (п. 2 и 3 ст. 12 Федерального закона № 323-ФЗ).

Статья 16 данного закона к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относит организацию осуществления мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни у граждан, проживающих на территории субъекта Российской Федерации, организацию осуществления мероприятий по проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации, а также санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий

в соответствии с законодательством Российской Федерации, информирование населения субъекта Российской Федерации, в том числе через средства массовой информации, о возможности распространения социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, на территории субъекта Российской Федерации, осуществляемое на основе ежегодных статистических данных, а также информирование об угрозе возникновения и о возникновении эпидемий (подп. 8, 9, 13 п. 1).

В разделе II Санитарных правил содержится перечень мероприятий, направленных на предупреждение распространения COVID-19.

Согласно разделу IV «Противоэпидемические мероприятия в отношении COVID-19» Санитарных правил противоэпидемические мероприятия в отношении COVID-19 включают комплекс мер, направленных на предотвращение завоза и распространения инфекции и организуемых территориальными органами Роспотребнадзора с участием уполномоченных органов государственной власти субъектов Российской Федерации (п. 4.1).

Пункт 4.4 указанного раздела Санитарных правил определяет мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи инфекции, к которым отнесены: соблюдение всеми физическими лицами правил личной гигиены (мытьё рук, использование антисептиков, медицинских масок, перчаток), соблюдение социальной дистанции от 1,5 до 2 метров.

Из приведенных положений следует, что обозначенные в данном разделе мероприятия должны осуществляться названными органами публичной власти.

Обязательные для исполнения гражданами и организациями правила поведения при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации в соответствии с подп. «м» п. 1 ст. 1 Федерального закона от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий

от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» устанавливают органы государственной власти субъектов Российской Федерации (подп. «у» п. 1 ст. 11).

В развитие приведенных положений законодательства Российской Федерации и судебной практики в субъектах Российской Федерации приняты нормативные правовые акты в области защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций, предусматривающие конкретные меры, направленные на борьбу с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе устанавливающие правила поведения граждан в условиях режима повышенной готовности.

Таким образом, Верховный Суд РФ пришел к выводу о том, что органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации обеспечивается выполнение мероприятий, предусмотренных оспариваемым пунктом Санитарных правил, путем установления обязательных для исполнения гражданами и организациями правил поведения при введении режима повышенной готовности. Следовательно, положения абзаца второго п. 4.4 Санитарных правил прав и охраняемых законом интересов административных истцов не нарушают¹.

Обратим внимание на тот факт, что ограничения, вводимые на территории субъектов РФ, вызвали неоднозначную реакцию граждан и должностных лиц.

¹ Решение Верховного Суда РФ от 1 апреля 2021 г. № АКПИ21-78 «Об отказе в иске о признании частично не действующим пункта 4.4 Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.3597-20 "Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»: утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22 мая 2020 г. № 15. URL: <https://demo.garaNot.ru/#/documeNot/400758959>

Подобно приведенному примеру были рассмотрены дела, например, по отказу в проведении митинга на территории Архангельской области¹, по вопросу о несоблюдении гражданами требования носить гигиенические маски в местах продажи товаров (оказания услуг, выполнения работ) и незаконности ограничения их свободы передвижения², о взыскании стоимости авиабилетов за авиаперелет по маршруту Москва – Мюнхен – Москва с датами вылета 1 и 4 мая 2020 г. в связи с прекращением с 27 марта 2020 г. регулярного авиасообщения между российскими и зарубежными аэропортами, отменой авиакомпанией соответствующих рейсов и последовавшим отказом заявителя от воздушной перевозки, а также о компенсации морального вреда, взыскании судебных расходов и штрафа за отказ от

¹ Определение Конституционного Суда РФ от 20 июля 2021 г. № 1680-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Козицына Николая Валентиновича на нарушение его конституционных прав положением пункта 4 Указа губернатора Архангельской области “О введении на территории Архангельской области режима повышенной готовности для органов управления и сил Архангельской территориальной подсистемы единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и мерах по противодействию распространению на территории Архангельской области новой коронавирусной инфекции (COVID-2019)»». URL: <https://demo.garaNot.ru/#/documeNot/402883693>

² Определение Конституционного Суда РФ от 20 июля 2021 г. № 1654-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Котова Сергея Ивановича на нарушение его конституционных прав подпунктом 1 пункта 2.3 указа губернатора Архангельской области “О введении на территории Архангельской области режима повышенной готовности для органов управления и сил Архангельской территориальной подсистемы единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций и мерах по противодействию распространению на территории Архангельской области новой коронавирусной инфекции (COVID-2019)»». URL: <https://demo.garaNot.ru/#/documeNot/402788258>

добровольного удовлетворения требований потребителя¹, о признании незаконными решений об отказе в согласовании проведения публичных мероприятий¹, о непредоставлении туристических продуктов², об отмене зрелищных мероприятий¹.

¹ Определение Конституционного Суда РФ от 20 июля 2021 г. № 1621-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Крицкого Юрия Валерьевича на нарушение его конституционных прав частью 3 статьи 24 Федерального закона "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях принятия неотложных мер, направленных на обеспечение устойчивого развития экономики и предотвращение последствий распространения новой коронавирусной инфекции" и абзацем вторым пункта 1 Положения об особенностях исполнения договора воздушной перевозки пассажира, в том числе о праве перевозчика в одностороннем порядке изменить условия такого договора или отказаться от его исполнения, а также о порядке и сроках ...". URL: <https://demo.garant.ru/#/document/402788282>; См. также: Решение Верховного Суда РФ от 17 февраля 2021 г. № АКПИ20-891 «Об отказе в иске о признании частично недействующими пунктов 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 Положения об особенностях исполнения договора воздушной перевозки пассажира, в том числе о праве перевозчика в одностороннем порядке изменить условия такого договора или отказаться от его исполнения, а также о порядке и сроках возврата уплаченной за воздушную перевозку провозной платы при угрозе возникновения и (или) возникновении отдельных чрезвычайных ситуаций, введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации на всей территории РФ либо на ее части»: утв. Постановлением Правительства РФ от 6 июля 2020 г. № 991. URL: <https://demo.garant.ru/#/document/400475447>; Решение Верховного Суда РФ от 30 сентября 2020 г. № АКПИ20-488 «Об отказе в признании частично недействующим абзаца второго пункта 1 Положения об особенностях исполнения договора воздушной перевозки пассажира, в том числе о праве перевозчика в одностороннем порядке изменить условия такого договора или отказаться от его исполнения, а также о порядке и сроках возврата уплаченной за воздушную перевозку провозной платы при угрозе возникновения и (или) возникновении отдельных чрезвычайных ситуаций, введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации

на всей территории РФ либо на её части»: утв. постановлением Правительства РФ от 6 июля 2020 г. № 991. URL: <https://demo.garaNet.ru/#/documeNet/74860901>; Решение Верховного Суда РФ от 7 октября 2020 г. № АКПИ20-489 «Об отказе в признании частично недействующим Положения об особенностях исполнения договора воздушной перевозки пассажира, в том числе о праве перевозчика в одностороннем порядке изменить условия такого договора или отказаться от его исполнения, а также о порядке и сроках возврата уплаченной за воздушную перевозку провозной платы при угрозе возникновения и (или) возникновении отдельных чрезвычайных ситуаций, введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации на всей территории РФ либо на ее части»: утв. постановлением Правительства Российской Федерации от 6 июля 2020 г. № 991. URL: <https://demo.garaNet.ru/#/documeNet/74873979>

¹ Определение Конституционного Суда РФ от 26 февраля 2021 г. № 216-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданина Миропольцева Дмитрия Дмитриевича на нарушение его конституционных прав пунктом 3.2 распоряжения губернатора Кемеровской области – Кузбасса "О введении режима "Повышенная готовность" на территории Кемеровской области – Кузбасса и мерах по противодействию распространению новой коронавирусной инфекции (COVID-19)»». URL: <https://demo.garaNet.ru/#/documeNet/400476361>

² Определение Конституционного Суда РФ от 28 сентября 2021 г. № 1782-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Ивановой Людмилы Юрьевны на нарушение ее конституционных прав и конституционных прав ее несовершеннолетнего сына Положением об особенностях на 2020 и 2021 годы исполнения и расторжения договора о реализации туристского продукта, заключенного по 31 марта 2020 года включительно, туроператором, осуществляющим деятельность в сфере внутреннего туризма, и (или) въездного туризма, и (или) выездного туризма, либо турагентом, реализующим туристский продукт, сформированный таким туроператором, включая основания, порядок, сроки и условия возврата туристам и (или) иным заказчикам туристского продукта...»». URL: <https://demo.garaNet.ru/#/documeNet/403000520>. См. также: Определение СК по гражданским делам Верховного Суда РФ от 7 сентября 2021 г. № 78-КГ21-40-КЗ «Суд оставил без изменения

Таким образом, судебная практика исходит из приоритета профилактики в сфере охраны здоровья. Профилактика рассматривается как одно из основных направлений в сфере государственной политики в области охраны здоровья граждан. Она обеспечивается путем осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, а также мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний и борьбе с ними. С профилактической точки зрения особую роль играют административно-предупредительные меры, направленные на защиту жизни и здоровья человека, необходимые для предупреждения совершения административных правонарушений в области охраны здоровья.

Сложности на практике были связаны с соблюдением режима самоизоляции как превентивной (предупредительной) меры. Так, согласно п. 3 Указа Главы Республики Башкортостан № УГ-111 граждане Российской Федерации, находящиеся на территории Республики Башкортостан,

апелляционное и кассационное определения по делу о расторжении договора, взыскании денежных средств, неустойки, компенсации морального вреда и штрафа, поскольку срок, установленный законом для возврата туроператором истцу денежных средств по договору, не истек». URL: <https://demo.garaNot.ru/#/documeNot/402876649>; Определение СК по гражданским делам Верховного Суда РФ от 7 сентября 2021 г. № 5-КГ21-89-К2 «Суд оставил без изменения решение суда первой инстанции в части взыскания денежной суммы на оплату туристского продукта, поскольку туроператор несет ответственность перед туристом за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору о реализации туристского продукта, заключенному турагентом как от имени туроператора, так и от своего имени». URL: <https://demo.garaNot.ru/#/documeNot/402897089>

¹ Определение Конституционного Суда РФ от 20 июля 2021 г. № 1535-О «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Сухоруковой Марии Михайловны на нарушение ее конституционных прав частью одиннадцатой статьи 52.1 Закона Российской Федерации "Основы законодательства Российской Федерации о культуре"». URL: <https://demo.garant.ru/#/document/402793448>

обязаны, начиная с 20:00 31 марта 2020 г., соблюдать режим самоизоляции по месту проживания (пребывания), за исключением случаев, предусмотренных данным Указом.

В соответствии с подп. «ж» п. 4 названного Указа режим самоизоляции не распространяется в случае следования (за исключением граждан в возрасте старше 65 лет) в связи с перечисленными далее уважительными причинами на автомобиле лично либо вместе с проживающими с ним близкими родственниками (под близкими родственниками понимаются родители, супруги, дети, братья, сестры, а также братья, сестры, родители, дети супругов и супруги детей) при наличии документа, удостоверяющего личность, и подтвержденной заявки, полученной на электронном сервисе по адресу <http://doroga02.ru> (данная подтвержденная заявка представляется гражданином на бумажном носителе либо в электронном виде на мобильном устройстве).

Возможность поездки предоставляется 2 раза в неделю на срок не более 90 минут, из них может быть только одна поездка (туда-обратно) в садовые, приусадебные, дачные участки и индивидуальные жилые строения, расположенные на этих участках, в загородные индивидуальные жилые дома, а также на охоту (при этом время в пути в одну сторону должно быть не более 90 минут). К уважительным причинам помимо прочего относится доставка продуктов питания (лекарственных средств, товаров первой необходимости) близким родственникам.

Из материалов дела следует, что 17 апреля 2020 г. в 23:47 Мочалов С.В. в нарушение требований п. 1, 3, 4 Постановления Правительства Российской Федерации от 2 апреля 2020 г. № 417 «Об утверждении Правил поведения, обязательных для исполнения гражданами и организациями, при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации», п. 3, 4 Указа Главы Республики Башкортостан № УГ-111 и положений Федерального

закона от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» находился вне места проживания (пребывания) – в районе дома ... в селе Архангельское Архангельского района Республики Башкортостан без разрешающих документов. Указанные обстоятельства подтверждаются собранными по делу доказательствами: протоколом об административном правонарушении, объяснениями Мочалова С.В., фотоматериалом и иными материалами дела, которые получили оценку на предмет допустимости, достоверности и достаточности.

Доводы жалобы о том, что Мочалов С.В. действовал в состоянии крайней необходимости, поскольку в момент, относящийся к событию административного правонарушения, доставлял продукты питания пожилому родственнику, подлежат отклонению, поскольку, как уже указывалось, доставка продуктов питания (лекарственных средств, товаров первой необходимости) близким родственникам разрешена в означенный период при наличии документа, удостоверяющего личность, и подтвержденной заявки, полученной на электронном сервисе¹.

Аналогичных нарушений встречалось много в разных регионах России. Так, например, 15 апреля 2020 г. Маковой А.Ф., прибывшей на территорию Кемеровской области из г. Москвы, главным государственным санитарным врачом Кемеровской области – Кузбасса выдано постановле-

¹ Постановление Верховного Суда РФ от 19 марта 2021 г. № 49-АД21-2-К6 «Суд оставил без изменения вынесенные ранее судебные решения, поскольку в деянии лица содержится состав административного правонарушения, выразившегося в невыполнении правил поведения при введении режима повышенной готовности на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации». URL: <https://demo.garant.ru/#/document/400513285>

ние № 22 об изоляции гражданина, которым на нее возложена обязанность обеспечить изоляцию на 14 календарных дней с момента прибытия на территорию Кемеровской области – Кузбасса при отсутствии контактных лиц, исключить посещение мест массового скопления людей. Однако 16 апреля 2020 г. в 10:00 Макова А.Ф. в период угрозы распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) нарушила указанное постановление о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, покинув место самоизоляции – квартиру № ... по ул. ... области, прибыв по адресу: ... Фактические обстоятельства дела подтверждены собранными доказательствами: протоколом об административном правонарушении (л. д. 1), рапортом (л. д. 2), копией постановления об изоляции гражданина (л. д. 4–5) и иными материалами дела, получившими оценку на предмет относимости, допустимости, достоверности и достаточности. Вывод судебных инстанций о наличии в деянии Маковой А.Ф. состава административного правонарушения, предусмотренного ч. 2 ст. 6.3 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях, соответствует фактическим обстоятельствам дела и имеющимся доказательствам¹.

Приведем еще один пример. Как указывает административный истец Миронов В.В., он проживает в городе-курорте Геленджике и прошёл вакцинацию от новой коронавирусной инфекции COVID-19.

¹ Постановление Верховного Суда РФ от 17 марта 2021 г. № 81-АД20-13 «Суд оставил без изменения вынесенные ранее судебные решения, поскольку в действиях лица содержится состав административного правонарушения, выразившегося в нарушении законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих». URL: <https://demo.garant.ru/#/document/400513263>

По мнению административного истца, оспариваемое положение безосновательно вводит ограничение для граждан в доступе к водным ресурсам, а именно в свободном посещении пляжей, что нарушает его права и законные интересы, гарантированные ст. 19 Конституции Российской Федерации и Водным кодексом Российской Федерации. Истец считает, что такое ограничение, введённое в целях соблюдения санитарно-эпидемиологических требований, должно иметь индивидуальный характер и не может распространяться на всех граждан Российской Федерации.

В связи с этим Верховный Суд РФ указал, что отношения, возникающие в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации предусмотренных Конституцией Российской Федерации прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду, регулируются Федеральным законом от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

На территории Российской Федерации действуют федеральные санитарные правила, разработанные и утверждённые федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации; соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц. Ссылки Миронова В.В. на нарушение его прав и свобод являются несостоятельными, поскольку принятые меры, установленные Постановлением, требуют немедленного реагирования, носят исключительно временный характер, при этом учитывают баланс частных и публичных интересов граждан Российской Федерации и направлены на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях предупреждения распространения на

территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции¹.

В ряде случаев распространению коронавирусной инфекции могли способствовать неисполнение или недобросовестное исполнение антиковидных мер. Например, дело о нарушении ЧОУ ДПО «Альтаир» требований законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, предусмотренных ст. 2, 11 Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», п. 4.4 Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.359720 «Профилактика новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22 мая 2020 г. № 15, пунктами 1.6, 1.7, 1.11, 1.12, 1.14, 1.16–1.18 постановления Главного государственного санитарного врача по Кемеровской области от 11 апреля 2020 г. № 849. В Кемеровской области – Кузбассе 12 августа 2020 г. в период с 10:50 по 11:45 должностным лицом территориального отдела Управления Роспотребнадзора по Кемеровской области в г. Таштаголе и Таштагольском районе по месту осуществления учреждением деятельности по

¹ Решение Верховного Суда РФ от 20 сентября 2021 г. № АКПИ21-626 «Об отказе в признании недействующим постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 26 июня 2021 г. № 16 "О внесении изменения в санитарные правила и нормы СанПиН 2.1.3684-21 "Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий", утверждённые постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 г. № 3». URL: <https://demo.garant.ru/#/document/402955224>

адресу: Кемеровская область, г. Таштагол, ул. Пospelова, д. 13, было выявлено:

- на входе в помещение отсутствует устройство для обеззараживания рук персонала и посетителей кожными антисептиками;

- не обеспечен «входной фильтр» персонала и обучающихся (термометрия) с занесением результатов в журнал;

- в учебном помещении, где размещено более 14 стульев для обучающихся, отсутствует социальная разметка, устройство для обеззараживания воздуха – бактерицидный облучатель воздуха рециркуляторного типа;

- отсутствуют дезинфицирующие средства вирулицидного действия, зарегистрированные в установленном порядке и разрешенные к применению;

- в санузле отсутствуют условия для соблюдения персоналом и обучающимися правил личной гигиены (отсутствует мыло, бумажные полотенца (разовые), кожные антисептики);

- отсутствует пятидневный запас СИЗ (масок);

- отсутствуют журнал проведения генеральных уборок, инструкция по организации и проведению влажных уборок с необходимой периодичностью мытья и обработки помещений и контактных поверхностей, инструкция по приготовлению и применению дезинфицирующих средств.

Оценив собранные по делу доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на всестороннем, полном и объективном исследовании всех обстоятельств дела в их совокупности, судебные инстанции сделали обоснованный вывод о том, что вина учреждения в ненадлежащем выполнении введенных на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации,

запретов и ограничений, объективно установлена и доказана в ходе производства по делу¹.

Приведем другой пример невыполнения предписаний закона. В Федеральном бюджетном учреждении здравоохранения (ФБУЗ) «Центр гигиены и эпидемиологии в Смоленской области» в связи с информацией о регистрации среди работников ЗАО «Диффузион Инструмент» случаев заражения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) было проведено эпидемиологическое расследование, направленное на установление причин и выявление условий возникновения и распространения инфекционного заболевания. В ходе расследования установлено, что в целях проведения дезинфекции в рабочих помещениях общества использовалось средство «ДП-2Т Улучшенный», которое согласно инструкции по применению при вирусных инфекциях должно использоваться в концентрации растворов (по АХ) при обеззараживании поверхностей в помещениях 0,04%. Однако для проведения дезинфекции помещений указанный дезинфицирующий раствор использовался в концентрации 0,01% согласно инструкции по применению при бактериальных инфекциях, что не соответствует величине допустимого уровня. Это могло послужить или способствовать дальнейшему распространению инфекции COVID-19 на предприятии, поскольку одним из основных

¹ Постановление Верховного Суда РФ от 11 августа 2021 г. № 81-АД21-8-К8: Суд изменил принятые судебные акты по делу об административном правонарушении, переквалифицировав деяние виновного на невыполнение правил поведения при введении режима повышенной готовности на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации, с учетом характера совершенного административного правонарушения, имущественного и финансового положения заявителя, его общего дохода и наличия значительной задолженности по налогам, арендным платежам, а также принятия мер по устранению допущенных нарушений и отсутствия обстоятельств, отягчающих административную ответственность». URL: <https://demo.garaNot.ru/#/documeNot/402780426>

мероприятий, направленных на разрыв механизма передачи инфекции, является проведение дезинфекции на рабочих местах¹.

В данном случае суд пришел к выводу о том, что несогласие заявителя с оценкой собранных по делу доказательств и установленных судебными инстанциями обстоятельств правовым основанием для отмены принятых по делу актов не является. Жалоба оставлена без удовлетворения.

Еще один пример привлечения к административной ответственности за деяние, совершенное юридическим лицом, выразившееся в невыполнении правил поведения при введении режима повышенной готовности на территории, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации. Истец изложил в жалобе собственную трактовку постановления администрации Липецкой области от 26 марта 2020 г. № 159 «О дополнительных мерах по защите населения в связи с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) в Липецкой области» (п. 2, 11 приложения 4 к указанному постановлению). Он полагал, что осуществление контроля температуры контактным способом и использование бактерицидных ламп, не относящихся к рециркуляторному типу, допустимо и не влечет административную ответственность.

Суд признал, что совершенное юридическим лицом деяние, выразившееся в невыполнении правил поведения при введении режима повышенной готовности на террито-

¹ Постановление Верховного Суда РФ от 9 августа 2021 г. № 36-АД21-4-К2: Суд оставил без изменения вынесенные ранее судебные решения, поскольку в действиях лица содержится состав административного правонарушения, выразившегося в нарушении законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. URL: <https://demo.garaNet.ru/#/documeNet/402780516>

рии, на которой существует угроза возникновения чрезвычайной ситуации, образует объективную сторону другого состава административного правонарушения¹. В данном случае административно-предупредительные меры не выполнены, что влечет административную ответственность.

Как справедливо отмечал А.В. Леженин, основанием применения административно-предупредительных мер являются такие обстоятельства, которые с высокой степенью вероятности позволяют предположить возможность нанесения обществу необратимого ущерба в какой-бы то ни было форме². В период пандемии особенно остро встает вопрос сохранения жизни и здоровья людей.

Важно отметить, что судебные органы работают в непростых условиях, оперативно реагируя на изменения в текущем законодательстве периода пандемии. Можно проследить, как изменялось региональное законодательство на примере Оренбургской области. Например, указ губернатора Оренбургской области от 17 марта 2020 г. № 112-ук «О мерах по противодействию распространению в Оренбургской области новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)» за период с 17 марта 2020 по 11 февраля 2022 г., т.е. практически за два года, изменялся и дополнялся 23, 27, 31 марта, 4, 9, 11, 14, 18, 23, 30 апреля, 10, 17, 19, 30 мая, 6, 12, 19, 26 июня, 4, 17, 31 июля, 7, 14, 24, 31 августа, 10, 28 сентября, 12, 19, 26 октября, 9, 23 ноября, 7, 16, 29 декабря 2020 г., 11, 25 января, 8, 22 февраля, 5, 22 марта, 5, 19, 30 апреля, 17, 25 мая, 8, 30 июня, 7, 13, 20 июля, 3, 17, 24 августа, 7, 21 сентября, 5, 6, 18, 22, 26 октября, 8, 23 ноября, 7, 23, 27, 29 декабря 2021 г., 10, 25 января, 1, 8 февраля 2022 г. При такой нестабильности законодательства

¹ Постановление Верховного Суда РФ от 14 января 2022 г. № 77-АД21-9-К1. URL: <http://ivo.garaNet.ru/#/doclist/3474:1>

² *Леженин А.В.* Административно-предупредительные меры правового принуждения: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Воронеж, 2004.

осложняется и практика его применения и, как следствие, привлечения к ответственности. Поэтому вышестоящие суды отменяют вынесенные ранее судебные решения и прекращают производство по делу об административном правонарушении в связи с признанием утратившим силу положением закона, устанавливающего административную ответственность за содеянное¹. Верховный Суд обобщает, анализирует практику применения текущего законодательства по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) для обеспечения единообразного применения закона на территории РФ².

¹ Например, Постановление Верховного Суда РФ от 26 октября 2021 г. № 47-АД21-9-К. URL: <http://ivo.garaNet.ru/#/doclist/4368:3>

² См., например: Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) № 1 (утв. Президиумом ВС РФ 21.04.2020), далее – Обзор № 1 (утв. Президиумом ВС РФ 21.04.2020); Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) № 2 (утв. Президиумом ВС РФ 30.04.2020), далее – Обзор № 2 (утв. Президиумом ВС РФ 30.04.2020); Обзор по отдельным вопросам судебной практики, связанным с применением законодательства и мер по противодействию распространению на территории Российской Федерации новой коронавирусной инфекции (COVID-19) № 3 (утв. Президиумом Верховного Суда РФ 17.02.2021). URL: <http://ivo.garaNet.ru/#/documeNet/73924465/paragraph/1:7>; <http://ivo.garaNet.ru/#/documeNet/73972665/paragraph/1:10>; <http://ivo.garaNet.ru/#/documeNet/400336637/paragraph/1:11>

Государство предпринимает максимальные усилия в рамках действующего административного законодательства по поддержанию населения, всех сфер экономики, туризма, здравоохранения и образования, на которые оказало воздействие распространение коронавирусной инфекции. В настоящее время широко применяются превентивные (административно-предупредительные) меры по недопущению распространения коронавирусной инфекции. Однако их несоблюдение приводит к необходимости применения мер административной ответственности. Таким образом, меры административной ответственности выступают гарантом реализации административно-предупредительных мер как составной части административного принуждения.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	3
1. СТАНОВЛЕНИЕ И ЭВОЛЮЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ИСТОЧНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА В РОССИИ.....	5
2. ВЛИЯНИЕ НОРМ МЕЖДУНАРОДНЫХ АКТОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ВНУТРИГОСУДАРСТВЕННОГО ПРАВА (НА ПРИМЕРЕ ТРАНСФОРМАЦИИ ПОНИМАНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН).....	65
3. ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРМИНА «УСЛУГА» К СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ.....	78
4. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОДИФИКАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА (НА ПРИМЕРЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН).....	85
5. ПОНЯТИЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ КАК ОБЪЕКТА АДМИНИСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ.....	101
6. СОДЕРЖАТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННОЙ КОНЦЕПЦИИ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ: ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПУБЛИЧНО-ПРАВОВЫХ И ЧАСТНОПРАВОВЫХ ОТНОШЕНИЙ.....	109
7. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ И НАДЗОР В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (АДМИНИСТРАТИВНО-ПРАВОВЫЕ И АДМИНИСТРАТИВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ).....	122
8. ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ АДМИНИСТРАТИВНО-ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫХ МЕР И АДМИНИСТРАТИВНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	134

Научное издание

Е п и ф а н о в а Елена Владимировна

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ПУБЛИЧНО-ПРАВОВОГО
РЕГУЛИРОВАНИЯ ОХРАНЫ
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Монография

Подписано в печать 11.05.22. Выход в свет
Печать цифровая. Формат 60×84 1/16. Бумага тип. №1.

Уч.-изд. л. 12,3. Тираж 500 экз. Заказ №

Кубанский государственный университет
350040, г. Краснодар, ул. Ставропольская, 149.

Издательско-полиграфический центр
Кубанского государственного университета
350040, г. Краснодар, ул. Ставропольская, 149.