

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

имени М.В. Ломоносова

ЮРИДИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

БАКАЛАВРИАТ

«Проблемы регулирования административно-правовых отношений в сфере
здравоохранения»

Дипломная работа

Хлебодарова Сергея Романовича

Научный руководитель:

к.ю.н., доцент

Шохин Дмитрий Владимирович

Дата защиты: «___» _____ 2024 г.

Оценка: _____

Москва

2024 г.

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Административно-правовое регулирование отношений в сфере здравоохранения.....	7
§ 1. Административно-правовые основы регулирования отношений в сфере здравоохранения	7
§ 2. Основные вехи в истории административно-правового регулирования сферы здравоохранения.....	20
Глава 2. Административная ответственность в сфере охраны здоровья граждан.....	26
§ 1. Законодательные основы административной ответственности в сфере охраны здоровья граждан.....	26
§ 2. Специфические черты административной ответственности в сфере охраны здоровья граждан.....	37
Глава 3. Проблематика административно-правового регулирования отношений в сфере здравоохранения	40
§ 1. Проблемы нормативно-правового обеспечения отрасли здравоохранения	40
§ 2. Проблемы привлечения к ответственности медицинских работников и организаций при осуществлении служебной деятельности.....	45
§ 3. Проблемы административно-правового регулирования деятельности в сфере медицины катастроф.....	49
Заключение	57
Библиография	62
Список использованной литературы	62
Список нормативных правовых актов.....	71
Список материалов судебной практики	74

Введение

Актуальность темы выпускной квалификационной работы.

Человеческое существование неразрывно связано с рисками не только естественного характера, но и ситуациями, в которых жизнь и здоровье субъекта зависят от сложившейся обстановки и реакции на неё соответствующих медицинских структур. Как правило, подобные случаи обязывают работников сферы здравоохранения к экстренному вмешательству и созданию условий для минимизации угрожающих функционированию человеческого организма последствий. Однако в практической деятельности существующая система не всегда отвечает требованиям, установленным законодательством и необходимым для осуществления возложенных на неё задач. По этой причине ежегодно констатируется значительное число смертей и несчастных случаев, произошедших вследствие неготовности системы здравоохранения к оказанию установленного перечня видов медицинской помощи. Проблема во многом связана с особенностями управления структурой, отсутствием очевидной и однозначной законодательной закреплённости статуса ряда специализированных служб и недостаточной развитостью законодательства в сфере изучаемых правоотношений в целом, а также с вопросами привлечения субъектов к ответственности.

События настоящего времени повышают актуальность выбранной мной темы: в течение последних лет весь мир продолжал борьбу с пандемией коронавирусной инфекции. В то время, когда основной массив медицинских мощностей был задействован в приведённом противостоянии, проявилась негативная тенденция к снижению качества оказываемой помощи пациентам, находящимся в значительно более стесненном положении. Помимо этого, в связи с известными нам обстоятельствами в России обострилась террористическая угроза, провоцирующая возникновение катастрофических по уровню опасности и охвату ситуаций, а также возникла потребность в грамотном распределении центров медицины катастроф по территории страны с учётом

изменений южных границ и актуализации перечня видов медицинской помощи в конкретном центре в соответствии с потребностями близлежащих регионов.

Резюмируя вышесказанное, полагаю, что актуальность регулирования проблемных аспектов административно-правовых отношений в сфере здравоохранения обусловлена следующими обстоятельствами:

1. Необходимость своевременного реагирования медицинских структур на быстроразвивающееся ухудшение состояния здоровья человека или группы людей;
2. Минимизация угрожающих функционированию человеческого организма последствий;
3. Отсутствие уголовной ответственности в отношении юридических лиц;
4. Необходимость актуализации перечня видов медицинской помощи и распределения учреждений здравоохранения по территории страны в соответствии с изменяющимися потребностями.

Объектом исследования выступают общественные отношения, связанные с проблемными аспектами функционирования учреждений сферы здравоохранения.

Предметом исследования являются взгляды учёных, научные идеи и концепции, нормативные акты, факты общественной жизни, посвящённые теме административно-правовых основ здравоохранения, прав человека на медицинскую помощь, проблематике взаимоотношений государства, граждан и учреждений здравоохранения.

Все эти факторы обуславливают определение **цели моей работы**, под которой следует понимать выявление и формирование осознанного представления о проблемах регулирования административно-правовых отношений в сфере здравоохранения.

Поставленная цель обусловила необходимость решения следующих **задач**:

1. Рассмотреть основные элементы административно-правового статуса учреждений здравоохранения, его структуру, классификацию учреждений здравоохранения;
2. Проанализировать особенности обеспечения права на медицинскую помощь;
3. Рассмотреть основные положения, посвященные применению административной ответственности в сфере охраны здоровья граждан;
4. Выявить существующие проблемы регулирования административно-правовых отношений в сфере здравоохранения.

Степень разработанности темы выпускной квалификационной работы. Проблематике регулирования административно-правовых отношений в сфере здравоохранения были посвящены работы таких учёных как Т.В. Ерохина, Г.Р. Колоколов, Н.И. Махонько, А.Н. Пищита, С.Г. Стеценко, А.В. Тихомиров, Ю.Д. Сергеев и многих других. Вследствие того, что выделение медицинского права как отдельной отрасли получило развитие относительно недавно, доктринальные положения отрасли в настоящее время находятся в стадии активного зарождения и роста. В частности, С.Ф. Гончаров стал основоположником и идейным вдохновителем направления, связанного с изучением функциональных особенностей работы Службы медицины катастроф.

Для решения поставленных задач в процессе отбора, классификации и анализа фактического материала в качестве методологической основы использовался системный анализ, а также методы исследования, принятые в правовой науке – исторический, формально-юридический, сравнительно-правовой.

Работа включает в себя три главы, каждая из которых поделена на два (три) параграфа, а также введение, заключение и список использованных источников.

В рамках данной исследовательской работы на защиту выносятся следующие **выводы, предложения и рекомендации:**

1. Представляется необходимым выработка базовой доктрины по вопросам изучения пласта материалов, посвященных административно-правовому регулированию в сфере охраны здоровья граждан и, в частности, выявления административно-правового статуса учреждений здравоохранения;
2. Представляется необходимым стимулировать на государственном уровне повышение направленности учебной программы в медицинских вузах на изучение вопросов безопасности оказания медпомощи и её качества, а также повышать уровень медицинской культуры и правосознания граждан;
3. Представляется необходимым обозначить границы понятия административной ответственности применительно к сфере охраны здоровья граждан;
4. Считаю целесообразным вернуться к идее о принятии проекта ФЗ о совершенствовании административной ответственности, который предусматривал внесение изменений и дополнений в КоАП РФ по рассматриваемой в работе теме;
5. Переход на одноканальную систему финансирования системы здравоохранения, а также неэффективность контролирующих структур, проверяющих качество оказываемой медицинской помощи;
6. Представляется необходимым нарастить нормативную базу по основным вопросам медицины катастроф, обозначить место структур гражданской обороны в системе реагирования и предотвращения медико-санитарных последствий, законодательно закрепить требования и нормы к обеспечению готовности сил и средств здравоохранения к работе в условиях вооруженных конфликтов.

Глава 1. Административно-правовое регулирование отношений в сфере здравоохранения

§ 1. Административно-правовые основы регулирования отношений в сфере здравоохранения

В начале параграфа необходимо определиться с содержанием термина «административно-правовое регулирование». Проанализировав различные научные концепции, следует выделить определения, отражающие наиболее соответствующие действительности аспекты темы.

Необходимо подчеркнуть, что в рамках исследуемой мной темы содержание таких терминов как «административно-правовое регулирование», «государственное регулирование», «государственное управление» во многом приравнено друг к другу, поскольку не свидетельствует о различии в понимании данных категорий, а лишь даёт комплексную оценку одного явления с разных сторон. Система органов исполнительной власти, осуществляющих административно-правовое регулирование в области здравоохранения, отражена в работе не с целью получения обобщенного представления о её структуре, а лишь в разрезе конкретных проблем и нареканий функционирования системы, поскольку формат дипломной работы не позволяет вместить в себя весь массив сопутствующей информации.

Административно-правовое регулирование сферы здравоохранения – это процесс упорядочения общественных отношений с помощью системы административно-правовых средств (норм права, НПА, правоприменительных актов, правовых режимов и актов реализации права), обеспечивающих эффективное функционирование всех элементов системы здравоохранения¹.

Иное определение, отраженное в работе Т.О. Шилюк, концентрирует наше внимание на характере механизмов по обеспечению мер в сфере здравоохранения (социально-экономический, медико-санитарный, противоэпидемический) и целях, ради которых образуются специализированные организации здравоохранения (укрепление, сохранение и поддержание здоровья

¹ Чех О.И., Полякова С.В. К вопросу о сущности и содержании административно-правового регулирования в сфере здравоохранения // Проблемы права. 2017. № 1. С. 46.

человека, оказание качественной помощи и др.)¹. Определения схожи в своей сущности и логически дополняют друг друга, образуя искомый нами и отражающий действительность термин.

На данный момент в Российской Федерации основные функции по координации, реализации и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, обязательного медицинского страхования, обращения лекарственных средств для медицинского применения принадлежат Министерству здравоохранения Российской Федерации. Указанный функционал подразумевает под собой решение и иных вопросов, связанных с организацией профилактики заболеваний, обеспечением качества лекарственных средств, медико-санитарным обеспечением работников и оценкой воздействия на организм человека особо опасных факторов физической и химической природы, а также организацией образования в смежных областях².

В своей деятельности, помимо прочего, Министерство здравоохранения Российской Федерации руководствуется Конституцией Российской Федерации. Ч. 1 ст. 20 закрепила в нашем обществе незыблемый постулат, связанный с тем, что каждый имеет право на жизнь. А.С. Киселев в своей статье пишет, что «эта аксиома, являющаяся одновременно и неотъемлемым правом человека и гражданина, находится в органическом сочетании с иными конституционными правами и свободами. Важнейшими из них являются следующие: каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь»³. Также в Конституции в ч. 1 ст. 41 закрепляется принцип, согласно которому медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

¹ Шилюк Т.О. Административно-правовое регулирование в области здравоохранения: диссертация ... кандидата юридических наук: 12.00.14 / Т.О. Шилюк. - Москва, 2010. С. 32.

² Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 N 608 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации" // "Собрание законодательства РФ", 25.06.2012, N 26, ст. 3526.

³ Киселев А.С. Административно-правовая характеристика системы государственного управления здравоохранением в России // Право. Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2019. С. 89-93.

С опорой на ч.2 ст. 41 Конституции РФ можно сделать вывод о том, что государство, закрепляя указанные в документе положения, обязывает себя к поддержанию здоровья населения и способствует нейтрализации угроз, негативно сказывающихся на общественной жизни.

Невозможно не согласиться с утверждением А.С. Киселева о проецировании закреплённого в Конституции в жизнь общества в том, что «...практическая реализация предполагает наличие сложного и многоступенчатого механизма управления здравоохранением, многочисленные направления и формы его законодательного регулирования»¹. Закреплённые принципы не могут сиюминутно обеспечить своё исполнение для многомиллионного населения страны, однако они провозглашают и утверждают стремление к их исполнению в дальнейшем.

При разборе административно-правовых основ выбранной мной темы необходимо осознать, какой сущностью наделяется понятие «здравоохранение». Под этим термином подразумевается чётко выстроенная система взаимоотношений, возникающих между взаимосвязанными медицинскими и связанными с ними учреждениями и государством, основным объектом указанных отношений является медицинская помощь. Особенностью управления указанной отраслью становится её базирование не только на требованиях, присущих экономике и социальной сфере, но и на возможности применения специальных полномочий². Логично предположить, что сфера здравоохранения является одной из определяющих основную политику государства в социальной сфере. Следует отметить, что сферу здравоохранения принято подразделять на четыре подсистемы, среди которых государственное здравоохранение, муниципальное здравоохранение, частное здравоохранение и страховое здравоохранение³.

¹ Там же.

² Братановский С.Н. Государственное управление: понятие, социальная сущность // Вестник Евразийской академии административных наук. 2011. № 3.

³ Чех О.И. Административно-правовое регулирование в сфере здравоохранения: монография. – М.: Юрлитинформ, 2017. С. 48.

В качестве субъекта в рассматриваемых отношениях может выступать лицо (гражданин РФ, иностранный гражданин или лицо без гражданства) или организация (государственная или негосударственная), которые могут являться сторонами регулируемых нормами административного права общественных отношений, возникающих, изменяющихся и прекращающихся в сфере публичного администрирования. В связи с этим можно выделить два вида субъектов: субъекты, представляющие публичный интерес, наделённые полномочиями по осуществлению власти и выполнению публичных функций, и субъекты, целью участия которых является частная заинтересованность. Из этого следует, что в указанных отношениях в качестве обязательного субъекта присутствует публичная сторона. С.А. Корф в своих трудах отмечал, что за публичной стороной, или как он её сам называл - административной стороной, закрепляется обязанность контролировать все процессы, протекающие в ходе правовых споров граждан с представителями органов, помимо этого, публичная сторона должна обеспечить административные гарантии, ограничивающие преследование чиновников без разрешения вышестоящего руководства, что ранее способствовало зарождению специализированных судебных учреждений, рассматривающих дела с участием чиновников¹.

Основой для возможности несения юридических прав и обязанностей, необходимых для вступления в административные правоотношения служит административная правосубъектность². С. С. Алексеев отмечал, что правосубъектность схожа в своей сущности с понятием «субъект права», которое подразумевает под собой наличие следующих качеств: внешняя обособленность, персонификация, способность выражать волю и участвовать в правоотношениях³.

¹ Корф С.А. Административная юстиция в России. В 2-х томах. Т. 2. / С.А. Корф. СПб.: 1910. С. 393-394.

² Волков А.М. К вопросу о субъектах административного права // Вестник МФЮА. 2016. № 1.

³ Алексеев С.С. Общая теория права. В 2-х т, Т. 2. / С.С. Алексеев. М.: Юридическая литература. 1981. С.138-139.

Административная правосубъектность составляет базис административно-правового статуса субъектов, включающий в себя права, обязанности и ответственность.

Перед тем как перейти к рассмотрению административно-правового статуса учреждений здравоохранения в качестве базисного объекта административно-правового регулирования необходимо выявить, что подразумевает под собой термин «учреждение здравоохранения». При выявлении значения приведённого термина у меня возникло затруднение с поиском определения, в основных документах не нашлось его отражения, так, Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даёт понятие медицинской организации как юридического лица, независимо от организационно-правовой формы, осуществляющего в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

Из определения мы видим, что понятие медицинской организации дано достаточно пространно и абстрактно, отсутствует точно сформированный перечень учреждений, включённых в структуру медицинской организации.

Более чёткий ответ на каждый из поставленных мной вопросов содержится в Приложении №3 к "Отраслевым особенностям бюджетного учета в системе здравоохранения Российской Федерации" (утв. Минздравсоцразвития РФ), где даётся следующее определение: учреждения здравоохранения - подведомственные органам государственной власти, органам местного самоуправления в области здравоохранения лечебно-профилактические, научно-исследовательские, образовательные, аптечные, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы и другие учреждения, а также территориальные органы, созданные в установленном порядке для осуществления санитарно-эпидемиологического надзора.

Указанная формулировка ставит более очевидные рамки в трактовке термина «учреждение здравоохранения». Однако, по мнению А.П. Печникова и О.Г. Печниковой, даже это определение не является всеобъемлющим: авторы выделяют другие подходы к классификации лечебно-профилактических учреждений¹.

В рамках рассмотрения административно-правового статуса особого внимания заслуживает статус юридического лица, закрепленный в указанном выше Федеральном законе "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Опираясь на законодательство, можно сделать важное замечание: учреждением признаётся организация, в основе которой лежит некоммерческий характер деятельности². Соответственно, они не могут иметь в качестве основной цели деятельности получение прибыли. Тем не менее существующее положение не запрещает им осуществлять направленную на получение прибыли предпринимательскую деятельность, но ограничивает рамками исполнения целей, послуживших причинами их создания.

Далее для раскрытия следующего элемента административно-правового статуса нам потребуется разделить учреждения по форме собственности на государственные и частные. Государственные медицинские учреждения создаются государством для осуществления социально-культурных или иных функций некоммерческого характера и финансируются им полностью или частично. К частным относятся медицинские учреждения, имущество которых находится в частной собственности, сюда же можно отнести лиц, занимающихся частной медицинской практикой.

В современной России преобладающей формой собственности организаций здравоохранения остается государственное учреждение. Для

¹ Печников А.П., Печникова О.Г. Проблемы определения правового статуса медицинской организации (историко-правовой и гражданско-правовой аспекты) // Вестник Удмуртского университета. Экономика и право. 2012. Вып. 2. С. 3-4.

² "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)" от 30.11.1994 N 51-ФЗ (ред. от 11.03.2024) // "Российская газета", N 238-239, 08.12.1994. Статья 123.21. Основные положения об учреждениях.

обоснования существующего положения приводятся аргументы традиционности использования и оптимальности данной конструкции¹. Возникают сомнения о длительности дальнейшего преобладания в медицине государственного сектора над частным, но об этом в главе, посвящённой проблематике взаимоотношений.

Следует отметить, что независимо от формы собственности учреждений здравоохранения и других классификационных особенностей законодательством признано равенство учреждений здравоохранения, осуществляющих медицинское обслуживание населения, которое включает в себя равенство прав и обязанностей организаций, несение одинаковой ответственности за качество оказания медицинской помощи².

Для дальнейшего рассмотрения административно-правового статуса учреждений здравоохранения выделим положение о трёхсторонней структуре учреждений, предложенной в работе Т.В. Ерохиной³.

Под организационной структурой подразумевается коллектив, включающий в себя не только медицинский персонал, но и сотрудников, обслуживающих их нужды. В организации отношений с вышестоящим органом управления здравоохранением медицинское учреждение обладает определённым уровнем самостоятельности.

Экономическая структура медицинского учреждения определяется наличием у него обособленного имущественного комплекса (материально-технической базы).

Правовая структура объединяет в себе все правовые признаки учреждения, указанные в работе и ссылках на законодательство выше.

¹ Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации: автореферат дис. ... кандидата юридических наук: 12.00.14. Саратов. юрид. ин-т МВД РФ. Саратов. 2006. С. 12.

² Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024). // "Российская газета", N 263, 23.11.2011. Статья 88. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

³ Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации: автореферат дис. ... кандидата юридических наук: 12.00.14. Саратов. юрид. ин-т МВД РФ. Саратов. 2006. С. 14.

В совокупности три приведённые части обеспечивают деятельность учреждений здравоохранения определённым статусом и правовой основой, от которых зависит успешность функционирования рассматриваемых учреждений.

Руководствуясь приведёнными выше размышлениями, можно дать ответ на один из главных вопросов этого параграфа. Под административно-правовым статусом учреждений здравоохранения следует понимать комплекс всех прав и обязанностей, реализуемых учреждениями здравоохранения в административно-правовых отношениях власти, которые осуществляются в процессе взаимодействия государственных органов власти и подведомственных им в отраслевом, функциональном и территориальном отношении учреждений здравоохранения.

Основополагающим документом для классификации учреждений здравоохранения является Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 августа 2013 г. N 529н "Об утверждении номенклатуры медицинских организаций". В нём указываются различные медицинские организации по виду медицинской деятельности: лечебно-профилактические медицинские организации, медицинские организации особого типа, медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и по территориальному признаку: федеральные, краевые, республиканские, областные, окружные, муниципальные, межрайонные, районные, в том числе центральные, городские, в том числе центральные.

Отталкиваясь от приведённого Приказа, рассмотрим возможные смежные и авторские классификации учреждений здравоохранения, а также особенности, присущие основной классификации.

Так, разделение по виду медицинской деятельности не является единовременной прихотью законодателя, процесс становления именно такого разделения логичен и исторически обоснован. Об этом в своей статье пишет Ю. П. Лисицын, он указывает, что опыт развития медицины свидетельствует о формировании двух ее направлений — лечебного, называемого им также патологическим), и профилактического, однако наряду с двумя приведёнными

направлениями автор выделяет третье, популяризация которого характерна для современного развитого общества, направление получило авторское название – санология. Под этим термином автор понимает не аналог профилактического направления, которое означает охрану здоровья и предупреждение возникновения заболеваний, а активную деятельность по созданию и формированию здоровья¹.

В.В. Кизиллов отмечает, что для целей социальной медицины и организации здравоохранения учреждения государственной и муниципальной собственности распределены по видам здравоохранительной деятельности: лечебно-профилактической, охраны здоровья (медицинской помощи) женщин и детей, санитарно-противоэпидемической, медико-фармацевтической, медико-образовательной и научно-исследовательской, санаторно-курортной, патологоанатомической (включая судебно-медицинскую и судебно-психиатрическую экспертизу), а так же медико-страховой (ОМС)².

Х.А. Расаева в своей статье предполагает, что медицинские организации могут быть классифицированы не только по видам здравоохранительной деятельности и медицинской помощи, но и по принадлежности к системе здравоохранения (подведомственности) на государственные, муниципальные и частные медицинские организации³.

Классификация Х.А. Расаевой в своей сущности пересекается с двумя другими классификациями Т.В. Ерохиной.

В первой классификации Т.В. Ерохина установила разделение по отраслевой принадлежности и выделила ведомственные и территориальные медицинские учреждения. Под ведомственными понимался перечень министерств и ведомств, обладающих сетью развитой инфраструктуры больничных учреждений, по территориальному признаку кандидат юридических

¹ Лисицын Ю.П. Трехединая медицина // Социология медицины. 2012. № 1(20).

² Кизиллов В.В. Общая характеристика административно-правового статуса медицинского учреждения // 2005. С. 25. // СПС «Гарант» (дата обращения: 15.01.24.).

³ Расаева Х. А. Юридические науки // Евразийский Научный Журнал №11. 2015.

наук выделил республиканские, областные, городские, районные и участковые медицинские учреждения.

Критерием второй классификации стала форма собственности. Медицинские учреждения, по мнению Т.В. Ерохиной, подразделяются на государственные и муниципальные учреждения, унитарные предприятия, частные организации. Государственные и муниципальные медицинские учреждения создаются государством для осуществления социально-культурных или иных функций некоммерческого характера и состоят на его финансировании, реализуя при этом право оперативного управления на закреплённое за конкретными медицинскими организациями имущество. К частным относятся медицинские учреждения, имущество которых находится в частной собственности, сюда же можно отнести лиц, занимающихся частной медицинской практикой¹. А.А. Глашев в своём пособии говорит о том, что частная практика в России расширяется с каждым годом². Он указывает на возможность создания медицинских организаций в виде коммерческих организаций в форме ООО (АО) или некоммерческих, подразумевающих под собой добровольный характер имущественных взносов в целях предоставления услуг здравоохранения.

Исходя из логики рассуждения и руководствуясь мнениями представленных авторов, можно выделить и другие классификации медицинских учреждений, такие как подразделение медицинских учреждений по структуре на объединённые (стационар с поликлиникой) и необъединённые (имеющие только стационар), по профилизации коечного фонда медицинского учреждения: однопрофильные и многопрофильные учреждения, платные и бесплатные.

Одним из важнейших конституционных принципов, на котором зиждется органичное функционирование сферы здравоохранения, является закреплённое

¹ Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации: автореферат дис. ... кандидата юридических наук: 12.00.14. Саратов. юрид. ин-т МВД РФ. Саратов. 2006. С. 22.

² Глашев А.А. Медицинское право: практическое рук. для юристов и медиков / А.А. Глашев. Адвокат. палата г. Москвы, Науч.-исслед. фонд междунар. права. Москва: Волтерс Клувер. 2004. С.15.

в ст.7 Конституции РФ положение о социальном характере нашего государства, провозглашающее стремление правительства к созданию благоприятных условий для жизни граждан. Для этого во второй части статьи в качестве гарантий социальной защиты человека указывается охрана труда и здоровья, закрепляются положения о минимальном размере оплаты труда и государственной поддержке социально незащищённых слоёв населения.

Л.В. Лазарев в Комментарий к Конституции РФ отмечает, что «доктрина социального государства с момента своего возникновения в качестве основной идеи выдвигала приверженность интересам и правам личности. Социальная защищенность, благополучие и создание условий для развития человека признаются важнейшей задачей государства. Оно по отношению к своим гражданам выступает как субъект социальной защиты»¹. Среди прочих характерных особенностей социального государства на современном этапе появляются новые атрибуты, такие как обеспечение занятости и предоставление социальных услуг, последнее характеризует качественный переход социального государства на следующий уровень развития. Теперь социальное государство несёт ответственность не только за проводимую в социальной сфере политику, но и за степень удовлетворённости человека реализацией социальных услуг. На современном этапе создаётся ситуация, в которой государство из элемента подавления общества превращается в его обслуживающую структуру, что ярко иллюстрирует повсеместное закрепление положений о социальной сущности государства в Основном законе различных государств.

С.В. Калашников в своей работе выделяет ещё один признак социального государства. Он отмечает, что предназначение социального государства может быть полностью реализовано только в условиях наличия и успешного функционирования гражданского общества². Нельзя утверждать однозначно, оказывает ли гражданское общество влияние на благосостояние системы

¹ Лазарев Л.В. Комментарий к Конституции Российской Федерации // под общ. ред. Л.В. Лазарева. ООО "Новая правовая культура". 2009. СПС «Гарант» (дата обращения: 19.01.24.).

² Калашников С.В. Очерки теории социального государства. / С.В. Калашников. М.: Экономика, 2006. С. 113.

здравоохранения, прямое влияние в большинстве случаев исключено, однако существует множество косвенных методов, с помощью которых гражданское общество может регулировать и контролировать качество оказания медицинских услуг и соответствие в работе системы здравоохранения с заявленным.

Перечисленные признаки позволяют предположить, что на государственном уровне прослеживается тенденция к совершенствованию основ здравоохранения и медицинской помощи. В понятие медицинской помощи включается термин «медицинские услуги»¹, который с уверенностью можно отнести к одной из категорий, указанных выше социальных услуг. При этом следует отметить, что в текущем году (20 марта 2024 года) по поручению Президента РФ группа депутатов внесла в Госдуму законопроект, который подразумевает исключение термина «медицинская услуга» и закрепление возможности привлечения медицинских работников к ответственности только в соответствии со специальными нормами².

Право на медицинскую помощь относится к числу благ, присущих человеку от рождения и на данном этапе развития общества неотъемлемых от статуса личности. Это право стало базовым и особо охраняемым со стороны государства в системе прав и свобод, закрепленных за человеком в сфере здравоохранения³.

Сегодняшняя система здравоохранения является отражением решений, принятых ранее, так, в 2008 году была одобрена концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года⁴. В документе, помимо традиционных стремлений к улучшению различных

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024). // "Российская газета", N 263, 23.11.2011. Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе.

² Законопроект № 580179-8 О внесении изменений в Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и статью 1 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей" (в части уточнения понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» // СПС «Гарант» (дата обращения: 25.01.24.).

³ Комарова В.В. Социальная государственность России и право на охрану здоровья, медицинскую помощь // Право и государство: теория и практика. 2014. N 2(110). С. 35.

⁴ Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» // "Собрание законодательства РФ". 24.11.2008. N 47. ст. 5489.

сфер здравоохранения, содержится положение, конкретно отражающее цифры, которых должно достичь государство. Так, планировалось примерно в 1,3 раза увеличить объем амбулаторной помощи, значительно повысить эффективность использования коечного фонда, обеспечить в полном объеме потребность населения в высокотехнологичной медицинской помощи.

Кроме того, документ утверждал, что решение поставленных в нём задач позволит улучшить здоровье и качество жизни населения. Предполагалось обеспечить снижение уровня смертности от болезней системы кровообращения не менее чем в 1,4 раза, от несчастных случаев, отравлений и травм - примерно в 2 раза, снизить показатели младенческой и материнской смертности до показателей развитых стран, уменьшить в 1,5 раза заболеваемость социально значимыми заболеваниями.

Наличие приведённых цифр, имеющих в своей основе данные из различных подотраслей социальной сферы, показывает взаимосвязь права на медицинскую помощь с остальными основополагающими правами современного общества и позволяет подвести промежуточный итог: успешное функционирование системы здравоохранения обеспечивает не только соблюдение норм, закреплённых в законодательстве и указанных мной выше, но и, что значительно важнее, позволяет социальной сфере совершенствоваться именно как сфере услуг государства, оказываемых им своим гражданам.

§ 2. Основные вехи в истории административно-правового регулирования сферы здравоохранения

В начале параграфа следует проанализировать процесс возникновения и зарождения понятия административно-правового статуса учреждений здравоохранения, основу, на которую опирается понимание исследуемого объекта. С этой целью обратимся к истории медицинского права и его элементов. Так, О.Г. Печникова отмечает, что «предпосылками возникновения государственных лечебно-профилактических учреждений можно считать уже первые попытки власти приобщиться к официальной западной медицине, когда еще не было государственных лечебных учреждений и вся медицина сосредоточивалась в руках знахарей и знахарок, представляющих народную медицину»¹. На этом этапе происходит зарождение отношений, отдалённо напоминающих отношения в сфере здравоохранения в будущем, однако становление первых государственных медицинских образований происходит значительно позже, Т.В. Ерохина связывает этот процесс с моментом образования Аптекарского приказа во второй половине XVI века и его последующей трансформацией². Указанный орган, помимо центрального управления медициной России, осуществлял деятельность по подготовке медицинских кадров для действующей армии и впервые в истории государства был наделен контролирующей в сфере своих компетенций функцией, позволяющей путём выдачи разрешений на право осуществления медицинской деятельности регулировать качество оказываемой медицинской помощи³. В Российской империи в правление Петра I постепенно начали складываться нормы, регулирующие не только ответственность врачей, но и порядок доступа к медицинской практике, форму организации медицинских учреждений⁴. Аптекарский приказ был преобразован в Медицинскую канцелярию, в процессе

¹ Печникова О.Г. Возникновение государственной медицины в России (историко-правовой аспект) // Медицинское право. М.: Юрист. 2009. № 3 (27). С. 38.

² Ерохина Т.В. Органы управления здравоохранением Российской Федерации: историко-правовой аспект // Медицинское право. М.: Юрист. 2012. № 1 (41). С. 29.

³ Соколовский М.К. Характер и значение деятельности Аптекарского приказа / Чл.-сотр. С.-Петербург. археол. ин-та М.К. Соколовский. – СПб. тип. П.П. Сойкина, 1904. С.7.

⁴ Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации: автореферат дис. ... кандидата юридических наук: 12.00.14. Саратов. юрид. ин-т МВД РФ. Саратов. 2006. С. 11.

трансформации учреждения были детализированы прежние и добавлены ранее не относящиеся к ведению Аптекарского приказа полномочия¹. Так, особенный акцент был сделан на выработке единых подходов к организации работы госпиталей и аптек, что способствовало защите населения от смертельных волн различных эпидемий².

В начале XIX века Медицинская коллегия (канцелярия) была преобразована в Медицинский департамент и вошла в состав Министерства внутренних дел³. Помимо этого, при департаменте появился Медицинский совет, образованный в качестве совещательного органа, способствующего выработке доктрины и оказанию консультационной помощи смежным ведомствам⁴.

В 1904 году на смену Медицинскому департаменту пришло два новых органа: Управление главного врачебного инспектора и Отдел народного здоровья и общественного призрения в составе Министерства внутренних дел. Управление занималось разработкой законодательства в сфере здравоохранения и иными функциями, закрепленными за его предшественниками. Отдел народного здоровья являлся узконаправленным органом и концентрировал свою деятельность непосредственно на вопросах оказания медицинской помощи населению. Следует отметить, что незадолго до революционных событий февраля 1917 года Государственная дума рассматривала вопрос о создании специализированного и самостоятельного Министерства, отвечающего за вопросы здравоохранения, но законопроект был отклонен⁵. Однако наработками деятелей царской России воспользовались пришедшие к власти большевики.

¹ Сальников В.П., Стеценко С.Г. Законодательная регламентация медицинской деятельности в России во время правления Петра I // Правоведение. 2001. № 4. С. 219-230

² Указ Петра I от 14 августа 1721 года "Об учреждении в городах аптек под смотрением Медицинской Коллегии, о вспоможении приискивающим медикаменты в Губерниях, и о бытии под надзором упомянутой Коллегии госпиталей" // История РФ. URL: <https://histrf.ru/read/articles/ukaz-petra-i-ob-otkrytii-piervykh-chastnykh-artiek-v-rossii-event?ysclid=lux2170av620906836> (дата обращения: 05.02.24).

³ Войтенков Е.А. Становление и развитие основ государственного управления и законодательства в сфере здравоохранения в Российской империи: теоретические и историко-правовые аспекты // История государства и права. 21. 2014. – С.59-62.

⁴ Яковлев К.Л. К вопросу о статусе Медицинского совета Министерства внутренних дел в дореформенной России. // Страницы истории правоохранительных органов. Труды Академии управления МВД России. 2014. № 1 (29).

⁵ Стеценко С.Г. Медицинское право. Учебник для юридических и медицинских вузов. / С. Г. Стеценко и др.; под общ. ред. проф. Н. Г. Гончарова. - Изд. 2-е доп. и перераб. М.: РМАПО, ЦКБ РАН, 2011. С. 51.

Так, уже в 1918 году был создан обособленный Наркомат Здравоохранения. Образованный Народный комиссариат (с 1946 года Министерство здравоохранения) получил статус центрального медицинского органа, руководящего всем медико-санитарным делом Российской Социалистической Федеративной Советской Республики¹.

Именно в 20 веке был совершен наиболее серьезный рывок в развитии медицинской науки. Государство заявило о полном отказе от частной медицины и о переходе медицинского сектора на государственный уровень².

19 декабря 1969 г. были приняты «Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении», документ впервые закреплял права и обязанности государственных органов, общественных организаций и граждан в сфере здравоохранения, закладывал основу для будущих актов, регулирующих схожую область отношений³.

Отдельно хотелось бы выделить ключевые исторические вехи в развитии Службы медицины катастроф в России. Далеким предшественником современной Службы является возникшая в 1932 году в Советском Союзе местная противовоздушная оборона, в составе которой имелась специальная медико-санитарная служба⁴. В 1961 году подразделение будет реформировано в медицинскую службу гражданской обороны, занимающуюся оказанием первой необходимой помощи, но действовала она, как правило, в периоды и в условиях военных конфликтов. Соответственно, специализированной постоянно действующей организации в медианном Союзе образовано не было. Первые попытки создания подобных подразделений и приобщения к международному

¹ Декрет Совета Народных Комиссаров. О Народном Комиссариате Здравоохранения (Положение). 18 июля 1918 года // Известия Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета Советов от 21 июля 1918 года, № 153. (7). Собрание узаконений и распоряжений рабочего и крестьянского правительства за 1917-1918 гг. — М., 1942.

² Егоров К.В., Булина А.С., Гараева Г.Х. и др. Медицинское право: Учебное пособие. / Статут. М. 2019. С. 19.

³ Печникова О.Г. Организационно-правовые основы развития здравоохранения в СССР (60-90 гг. XX в.) / Московский городской университет управления Правительства Москвы. URL: <https://textarchive.ru/c-2108981-r55.html> (дата обращения: 05.02.24).

⁴ Иванишкина Ю.В., Шматова М.Б., Смирнов Д.В., Захарова Е.А. Исторический опыт деятельности медико-санитарной службы местной противовоздушной обороны СССР во время Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. // Медицина катастроф. 2022. №2. С. 7.

опыту в интересующей сфере были сделаны в конце 70-80-ых годов прошлого века.

Так, в 1977 году в новом Положении о медицинской службе ГО СССР указывалось, что на МСГО возлагаются обязанности по оказанию помощи при крупных производственных авариях, катастрофах и т.д. (т.е. приобщение Службы не только во время военных конфликтов), однако на практике эффективно использовать средства МСГО, предназначенные для ликвидации последствий военного времени, не удалось по причине неприспособленности организационно-штатных структур и невозможности поддерживать повседневную готовность сил Службы¹.

В конце 1986 года был создан «Межведомственный центр медицины катастроф», образовывались специальные отделы, оказывающие помощь пострадавшим на Чернобыльской АЭС, был организован курс лекций по «Медицине катастроф» в Московском медицинском стоматологическом институте, однако, как утверждается, все эти меры носили поверхностный характер и были направлены на стабилизацию возраставшего недовольства медицинской общественности².

Действительным толчком к созданию структуры, приближенной по своей сущности к ныне действующей, стала череда крупных чрезвычайных ситуаций с многочисленными человеческими жертвами в 1988-1989 гг. (среди них - землетрясение в Армении, взрывы на железной дороге в г. Арзамасе и в г. Свердловске, взрыв конденсата газа вблизи ст. Улу-Теляк под Уфой, железнодорожная катастрофа под г. Бологое).

Именно систематизация опыта ликвидации последствий указанных катастроф указала на необходимость создания в стране новой государственной системы – службы медицины катастроф, которая была бы в состоянии

¹ Гончаров С.Ф., Бабий Б.В. Медицина катастроф. Организация медицинской защиты населения при чрезвычайных ситуациях. // Стратегия гражданской защиты: проблемы и исследования. 2012. Т. 2. № 2(3) С. 592.

² Гончаров С.Ф. Всероссийская служба медицины катастроф: создание, задачи, организация, режимы функционирования: Пособие для врачей / С.Ф. Гончаров. М.: Всерос. центр медицины катастроф «Защита». 2000. С. 9.

обеспечить быструю и эффективную помощь населению при любых обстоятельствах¹. В.Д. Федоров, говоря об этих происшествиях, указывал на импровизационный характер действий служб, отсутствие понимания и выработанной методики действий, что приходилось компенсировать личным мужеством и находчивостью².

Ключевым документом, положившим начало создания в России службы по предупреждению и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, стало Постановление Совета Министров РСФСР «О создании службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях» от 14 июня 1990 г. №192, которое реализовывалось во исполнении Постановления Совмина СССР от 07.04.1990 N 339 «О создании в стране службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях».

В постановлениях определялись задачи по подготовке Службы к действиям в экстренных ситуациях, в частности говорилось о создании специализированных центров экстренной медицинской помощи в различных точках страны, формировании многофункциональных отрядов медицинских работников, а также о развитии структур медицины катастроф на региональном уровне.

В развитие положений постановлений был направлен Приказ Минздрава СССР №193 (на уровне РСФСР - Приказ Минздрава РСФСР от 11.07.1990 №115), в котором уточнялись пункты, касающиеся материального и технического обеспечения деятельности Службы.

Постепенное реформирование системы оказания экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях привело к логическому финалу в виде создания Всероссийской службы медицины катастроф на базе специализированного центра экстренной медицинской помощи «Защита»³.

¹ Нечаев Э.А. Всемирная медицина и катастрофы мирного времени / Э.А. Нечаев. М.: НИО Квартет. 1994. С. 15.

² Федоров В.Д. К истории создания службы медицины катастроф в России // Медицина катастроф. 2010. №2. С. 7.

³ Постановление Правительства РФ от 03.05.1994 N 420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами» // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 02.02.2024).

Впервые в истории России создавалась единая общегосударственная служба медицины катастроф, в которой были бы активно задействованы местный и объектовый уровни организации службы¹. Однако некоторые авторы отмечают, что, несмотря на общегосударственный характер службы, в первые годы своей деятельности Служба оказывала помощь довольно незначительному числу людей в разрезе всего населения страны – порядка 500 человек в год².

В таком виде Служба существовала до недавнего времени³. Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» был передан в ведение ФМБА. С 1 марта 2021 г. место названного центра в структуре Всероссийской службы медицины катастроф занял Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова. Следует отметить, что реформирование не получило должной огласки, подробнее об этом в заключительной главе.

¹ Гончаров С.Ф. Всероссийская служба медицины катастроф: создание, задачи, организация, режимы функционирования: Пособие для врачей / С.Ф. Гончаров. М.: Всерос. центр медицины катастроф «Защита». 2000. С. 18.

² Лебедев А.В. Спасательные службы России: история создания и развития. // Стратегия гражданской защиты: проблемы и исследования. 2013. Т.3. №2(5) С. 90.

³ Постановление Правительства РФ от 12 октября 2020 г. № 1671 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 3 мая 1994 г. N 420». // Собрание законодательства РФ. 2020. N 42 (часть III). ст. 6634.

Глава 2. Административная ответственность в сфере охраны здоровья граждан

§ 1. Законодательные основы административной ответственности в сфере охраны здоровья граждан

Основопологающим актом в рассматриваемой области является Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Закрепляется, что в качестве гаранта соблюдения прав и свобод в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации выступают как органы государственной власти и местного самоуправления, так и должностные лица, задействованные в реализации механизма наделения и осуществления прав граждан на охрану здоровья¹. Следует отметить, что закон описывает ситуации с участием специального субъекта, уполномоченного на осуществление определенного спектра медицинских услуг после получения медицинского образования или прохождения курсов повышения квалификации. К ответственности могут привлекаться не только физические лица – медицинские работники, фармацевты, но и отдельные медицинские организации. Например, учреждение может стать ответчиком по делу о причинении вреда, классифицируемого в рамках административной ответственности, однако к уголовной ответственности больницы и иные медицинские организации привлечены быть не могут. Указанное положение дел вызывает непрекращающиеся споры в научной среде, поскольку ряд факторов заставляет признать необходимость законодательно закрепить возможность привлечения к ответственности организации в целом, а не только ответственного за противоправное деяние человека.

В качестве обоснования можно отнестись к теме теорий юридического лица и привести теорию фикции Савиньи. Зарождение теории связано с деятельностью древнеримских юристов. Будучи одной из первых системообразующих теорий юридического лица теории фикции достаточно

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024). // "Российская газета", N 263, 23.11.2011. Статья 98. Ответственность в сфере охраны здоровья.

свободно поддается толкованию. Суть учения заключается в том, что только лишь человек как физическое лицо является тем субъектом права, который способен на обладание сознанием и выражение воли. Однако в целях сокращения нежелательных издержек и своевременного достижения практических целей законодатель признает за юридическими лицами свойства субъекта права. Таким образом, законодательно закрепляется юридическая фикция в форме некой абстракции¹. Соответственно, невозможность привлечения к уголовной ответственности медицинских организаций может быть оправдана удобством практики.

Помимо актов, предусматривающих конкретные санкции, рассматриваемую сферу отношений регулирует «Этический кодекс российского врача», утвержденный в 1994 году, в документе утверждается, что каждый врач несет моральную ответственность перед медицинским сообществом за свою врачебную деятельность, а медицинское сообщество несет ответственность за своих членов перед обществом в целом².

Однако, отталкиваясь от основополагающих принципов оказания медицинской помощи, посвящённых её качеству, можно заметить, что существует вероятность, при которой медицинская организация специализируется на оказании определенных видов медицинской помощи. В таком случае медицинская организация должна оказать медицинскую помощь определенного вида обратившимся, только если это соответствует профилю разрешенной деятельности медицинской организации.

Порядок несения ответственности также может реорганизовываться в случаях, затрагивающих реализацию прав граждан на санаторно-курортное лечение. Сформулированный тезис подтверждается в практике рассмотрения дел в Конституционном Суде РФ. Так, Конституционный Суд определил, что законодатель обязан предусматривать в федеральном законе о федеральном

¹ Калачева Т.Л. Юридические лица: типы, виды, организационно-правовые формы: учеб. пособие / Т.Л. Калачева и др.; под ред. Т. Л. Калачевой. – Хабаровск: Изд-во Тихоокеан. гос. ун-та. - 2018. – С.37.

² Стеценко С.Г. Медицинское право. Учебник для юридических и медицинских вузов. / С. Г. Стеценко и др.; под общ. ред. проф. Н. Г. Гончарова. - Изд. 2-е доп. и перераб. М.: РМАПО, ЦКБ РАН, 2011. С. 32-33.

бюджете на очередной год финансирование, достаточное для реализации всех принятых на себя обязательств на соответствующий год. Если гражданин в течение календарного года не был обеспечен санаторной путевкой, данная услуга не считается предоставленной и он сохраняет за собой право на ее предоставление¹.

В этой части работы я постараюсь сформулировать понятие административной ответственности в сфере здравоохранения. КоАП РФ не содержит определения административной ответственности, что вынуждает меня обратиться к доктрине.

В научной литературе существуют различные мнения относительно понятия административной ответственности применительно к сфере охраны здоровья граждан. Так, А. Медведев предлагает определить административную ответственность организаций здравоохранения и частнопрактикующих врачей, являющихся физическими лицами, как наложение предусмотренных Кодексом об административных правонарушениях и законами субъектов Федерации санкций за нарушение медицинских норм и правил поведения в лечебных учреждениях².

Д.В. Уткин определяет административную ответственность в рассматриваемой области через соотнесение с рынком медицинских услуг и характеризует как деятельность компетентных органов по привлечению к административной ответственности хозяйствующих субъектов за неисполнение медицинского законодательства в части обеспечения качества и безопасности медицинских услуг, повлекшее за собой нарушение пожарных, санитарных и эксплуатационно-технических правил и, следовательно, нарушение прав пациентов, их законных представителей, иных заинтересованных лиц³.

¹ Определение Конституционного Суда РФ от 03.04.2014 N 686-О "По жалобе гражданина Шапкина Александра Михайловича на нарушение его конституционных прав статьями 6.1, 6.2 и 6.7 Федерального закона "О государственной социальной помощи" и статьями 15, 16, 151, 1064, 1069 и 1071 Гражданского кодекса Российской Федерации". // "Собрание законодательства РФ", 02.02.2015, N 5, ст. 877.

² Медведев А. Государственная поддержка предприятий: как получить деньги из бюджета. // Генеральный директор. 2015. № 10. С. 50–61.

³ Уткин Д.В. Административно-правовое регулирование предпринимательской деятельности в России: Дисс. канд. юрид. наук. М., 2001. С. 66-67.

С.Н. Братановский отмечает тесную связь административной ответственности в социально-экономической сфере и административной ответственности за нарушение норм и правил охраны здоровья¹. Ученый характеризует ее как применение к правонарушителям в определенном процессуальном порядке мер административного принуждения, целями которых являются устранение причинившего вред социально-экономическим интересам общества противоправного поведения, порицательные последствия для виновного субъекта, а также административные санкции.

Соответственно, нельзя говорить о наличии единственно верного и исключającego иные варианты определения административной ответственности. Тем не менее при выявлении дефиниции нам следует ограничиться областью описываемых общественных отношений.

Правонарушение, совершенное в здравоохранительной сфере, наделяется такими признаками как противоправность, общественная опасность, виновность и наказуемость². Следует отметить, что в законодательстве общественная опасность не выделена в качестве самостоятельного признака, но именно этот критерий играет ключевую роль в разграничении уголовного преступления и административного правонарушения.

При изучении содержания статей КоАП РФ в сфере охраны здоровья граждан можно выделить несколько групп административных правонарушений: нарушение санитарно-эпидемиологических требований в конкретной области, например, в области генно-инженерной деятельности, выразившееся в использовании генно-инженерно-модифицированных организмов и продукции, полученной с применением таких организмов или содержащей такие организмы, которые при этом не прошли государственную регистрацию³; незаконное потребление и оборот запрещенных веществ, в частности незаконные

¹ Братановский С.Н., Братановская М.С. Административное право: Учебник. / С.Н. Братановский; М.С. Братановская. М., 2016. С. 165.

² Шилюк Т.О. Административно-правовое регулирование в области здравоохранения: диссертация ... кандидата юридических наук: 12.00.14 / Т.О. Шилюк. Москва, 2010. С. 172-174.

³ «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 N 195-ФЗ // «Российская газета». - N 256. - 31.12.2001. Статья 6.3.1. Нарушение законодательства Российской Федерации в области генно-инженерной деятельности.

приобретение, хранение, перевозка, производство, сбыт или пересылка прекурсоров наркотических средств или психотропных веществ¹; нарушение установленных правил в сфере медицинской деятельности, например, нарушение требований при проведении искусственного прерывания беременности²; нарушение норм о предоставлении информации в анализируемой сфере, в частности непредставление медицинским работником информации о возникновении конфликта интересов руководству медицинской организации, в которой он работает³ и т.д.

Иную классификацию предлагает А.С. Киселев, подразделяя правонарушения на допускаемые медицинскими и иными организациями и совершаемые физическими лицами. В этой концепции критериями разделения выступают цели, на достижение которых направлена деятельность, например, реализация права на оказание бесплатной медицинской помощи в гарантированном объеме в соответствии с программой государственных гарантий⁴, а также количественный и качественный состав оказываемой медицинской помощи или врачебных услуг⁵.

В рамках исследуемой темы рассмотрим некоторые административные правонарушения. Так, ст. 6.6 КоАП РФ предусматривает административную ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических требований к организации питания населения в специально оборудованных местах. В качестве объекта рассматриваемого правонарушения выступает здоровье и санитарно-эпидемиологическое благополучие посетителей. Однако норма, закрепленная в КоАП РФ, представлена в достаточно усеченном виде, наиболее полно

¹ Там же. Статья 6.16.1. Незаконные приобретение, хранение, перевозка, производство, сбыт или пересылка прекурсоров наркотических средств или психотропных веществ, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка, сбыт или пересылка растений, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ, либо их частей, содержащих прекурсоры наркотических средств или психотропных веществ

² Там же. Статья 6.32. Нарушение требований законодательства в сфере охраны здоровья при проведении искусственного прерывания беременности

³ Там же. Статья 6.29. Невыполнение обязанностей о представлении информации о конфликте интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности

⁴ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024). // "Российская газета", N 263, 23.11.2011. Статья 19. Право на медицинскую помощь.

⁵ Киселёв А.С. Административная ответственность в области охраны здоровья граждан // Вестник МНЭПУ. М.: Изд-во МНЭПУ, 2010. С. 3.

назначение нормы раскрывается в профильном законодательстве. Так, в ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" указывается, что при подобной организации питания населения необходимо соблюдать санитарно-эпидемиологические требования для предотвращения возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний. Большой регламентации подвергается организация питания для условно незащищенных групп населения, подверженных распространению коллективных инфекций. Так, в дошкольных и других образовательных организациях, медицинских организациях, оздоровительных учреждениях и организациях социального обслуживания, при установлении норм пищевого довольствия¹ для военнослужащих, а также при установлении норм питания для лиц, находящихся в следственных изоляторах или отбывающих наказание в исправительных учреждениях, обязательно соблюдение научно обоснованных физиологических норм питания человека². Помимо этого, важно отметить, что закон обязывает государство устанавливать минимальные социальные стандарты уровня жизни населения, учитывающие физиологические нормы питания человека³.

При детальном рассмотрении положений об административных правонарушениях в Российской Федерации можно сделать вывод, что в настоящее время законодатель в большей степени заинтересован в пресечении правонарушений, связанных с экономической составляющей осуществления медицинской деятельности, в то время как административная ответственность медицинских работников, возникшая в связи с недоброкачественным оказанием медицинских услуг населению, менее значительна⁴.

¹ Приказ Минздрава России от 19.08.2016 N 614 // «Администратор образования». N 20. 2016. // СПС "КонсультантПлюс" (дата обращения: 07.02.2024).

² Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». // «Собрание законодательства РФ». 05.04.1999. N 14. ст. 1650. Статья 17. Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания населения.

³ Санитарно-эпидемиологические правила и нормы, СанПиН 2.3/2.4.3590-20, «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения». // Утверждены Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации. 27.10.2020. N 32.

⁴ Ашхотова Л.А. Административная ответственность в сфере здравоохранения. // Краснодарский университет МВД России. С. 1.

Несмотря на постоянное реформирование положений об административной ответственности в отрасли здравоохранения, уровень оказания медицинской помощи населению нашей страны и эффективность государственного управления в области охраны здоровья граждан сохраняют достаточно низкие показатели¹. В открытом доступе находятся данные, ориентируясь на которые, можно увидеть, что Россия по состоянию на 2024 год занимает всего лишь 55 место в мире из 94 приведенных в международном рейтинге качества медицинского обслуживания Health Care Index for Country².

На основе приведенных данных можно сделать вывод, что ключевой проблемой государственной системе здравоохранения выступает низкий уровень оказания медицинской помощи, повышению которого может способствовать принятие к рассмотрению указанных в проекте дополнений, подробнее о которых далее. Приоритет повышения качества оказания медицинских услуг в РФ имеет закрепление в различных правительственных программах. Говоря о приоритете повышения качества медицинских услуг, приведу наиболее объективный критерий оценки, не зависящий от иных факторов, - процентный расход на здравоохранение в ВВП.

В 2008 году в Распоряжении Правительства предусматривалось достижения запланированных показателей за 2008 - 2020 годы увеличить долю государственных расходов на систему здравоохранения в валовом внутреннем продукте с 3,6 процента до не менее 5,2 - 5,5 процента³.

В настоящее время можно говорить о том, что цифры, указанные в Распоряжении Правительства достигнуты не были: в 2018 году расходы на систему здравоохранения в валовом внутреннем продукте составили 3,2 процента, в 2020 – 3,8 процента, что, к сожалению, вынуждает меня согласиться

¹ Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В. Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его распространения. // Медицинское право. 2007. № 4. С. 3–6.

² Статистика по уровню медицинского обслуживания в разных странах мира Health Care Index for Country by Numbeo // NUMBEO. URL: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp (дата обращения: 25.02.2024).

³ Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» // «Собрание законодательства РФ». 24.11.2008. N 47. ст.5489.

с мнением В.В. Комаровой¹, недостаточное финансирование и стабильно низкий уровень расходов на здравоохранение в ВВП было бы возможно в некоторой степени компенсировать ужесточением мер за совершение административных правонарушений в исследуемой сфере путем возвращения взысканных средств обратно в сферу здравоохранения для развития сектора медицинских услуг, однако отказ в принятии обозначенного законопроекта доказывает несостоятельность законодательства в сфере здравоохранения в современной России, особенно контрастно различие в приведённом показателе проявляется в сравнении со странами Северной Европы, где расходы на здравоохранение в ВВП превышают десятипроцентный барьер².

Приведенные в КоАП РФ правонарушения в качестве санкции имеют несколько видов наказаний. Наиболее распространенной и часто применимой санкцией является наложение административного штрафа, следующим по распространению наказанием является административный арест, который часто может заменяться выполнением обязательных работ³.

Интересна для рассмотрения статья 6.3 КоАП РФ, поскольку в разделе санкций содержит множество вариаций, доступных для применения в интересующей нас области⁴. Так, величина штрафа зависит от субъекта обложения: физические лица платят менее всего, вслед за ними идут должностные лица и лица, осуществляющие предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, более всех вынуждены выплачивать юридические лица, в этой же статье в качестве альтернативы может предусматриваться административное приостановление деятельности как ещё один вид административной санкции.

¹ Комарова В.В. Право на жизнь в доктрине и в праве // Право и государство: теория и практика. 2013. №5. С. 46-49.

² Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., Альвианская Н.В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). // Вестник ВШОУЗ. Т.5 №4. 2019. С.4-19.

³ «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 N 195-ФЗ. // «Российская газета». N 256. 31.12.2001. Статья 6.1.1. Побои

⁴ Там же. Статья 6.3. Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Здесь же можно выявить ещё одну специфическую черту. Размеры указанных санкций могут увеличиваться в случае, если окружающая обстановка представляет опасность для людей – чрезвычайная ситуация, период карантина или распространения заболевания и т.д. Также указывается, что наказания могут быть в очередной раз повышены, если правонарушение повлекло смерть человека, но при этом не содержит состава уголовно наказуемого деяния.

Особый вид административного наказания предусматривается для апатридов и граждан иностранных государств. Так, в случае незаконного приобретения и переработки без цели сбыта наркотических средств или их аналогов санкция предусматривает двойную меру наказания: лицо будет привлечено к административному штрафу или административному аресту, но в обязательном порядке будет выдворено за пределы Российской Федерации в рамках процедуры административного выдворения¹.

Статья о пропаганде наркотических средств позволяет выделить ещё одну административную санкцию в рассматриваемой области. Нарушение влечет не только наложение административного штрафа, но и конфискацию рекламной продукции и оборудования, использованного для ее изготовления².

Тем не менее становится очевидным, что по множеству составов существующее наказание несоизмеримо причиненному ущербу, помимо этого, было бы полезным расширить круг правонарушений, за которые правоприменитель мог бы привлекать к административной ответственности. Пытаясь разрешить возникшую проблему, рассматривалась идея о принятии проекта ФЗ о совершенствовании административной ответственности³, который

¹ «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 N 195-ФЗ. // «Российская газета». N 256. 31.12.2001. Статья 6.8. 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

² Там же. Статья 6.13. Пропаганда наркотических средств, психотропных веществ или их прекурсоров, растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, и их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества либо их прекурсоры, новых потенциально опасных психоактивных веществ

³ Проект Федерального закона № 1093620-6 «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения» // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 17.02.2024).

предусматривал внесение изменений и дополнений в КоАП РФ по рассматриваемой в работе теме.

Согласно этому законопроекту предполагалось установление административной ответственности за ряд нарушений требований федерального законодательства в сфере здравоохранения, несоблюдение которых может оказывать негативное влияние на эффективность и безопасность лекарственных препаратов, нарушать права граждан¹ и создавать угрозу причинения вреда здоровью и жизни².

В частности, составители приведенного законопроекта предлагали введение административной ответственности за нарушение установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти порядков оказания медицинской помощи³.

Помимо этого, назначение административной ответственности предусматривалось за нарушение прав граждан в сфере охраны здоровья, например, за отказ от оказания медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы или осуществление медицинских услуг на платной основе, при условии, что оказание таких услуг в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи должно осуществляться бесплатно медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы.

Также вводилась ответственность за нарушение права гражданина на добровольное информированное согласие о проведении медицинского вмешательства либо на отказ от проведения такого вмешательства, а также

¹ Стеценко С.Г. Дефекты оказания медицинской помощи: проблемы юридической квалификации и экспертизы // Российский следователь. 2002. № 5. С.7–11.

² Сучков А.В. Правовые проблемы взаимоотношения медицинских работников и пациентов при совершении медиками профессиональных правонарушений // Вятский медицинский вестник. 2008. С. 3–4.

³ Бондаренко Д.В. К вопросу о юридической ответственности медицинских работников // Медицинское право. 2006. № 4. С. 41–46.

нарушение права гражданина на выбор лечащего врача¹, медицинской организации и получение информации о состоянии своего здоровья.

За названные выше правонарушения в сфере охраны здоровья граждан предусматривались достаточно жесткие штрафные санкции как непосредственно для должностных, так и для юридических лиц². Предлагаемые изменения должны были вступить в законную силу с 1 января 2017 года, но по неназванным причинам законопроект принят не был.

Таким образом, административная ответственность предусматривает под собой негативные последствия для её нарушителей и способствует нормализации и приведению к единообразию отношений в сфере здравоохранения. Разумные ограничения в несении ответственности благоприятно сказываются на восприятии задач медицинских работников: определённый уровень защищённости от возможных негативных последствий даёт им право на попытку оказания медицинской помощи в ситуациях, предрасположенных к нежелательному исходу и совершению ошибки.

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024). // "Российская газета", N 263, 23.11.2011. Статья 70. Лечащий врач.

² Флоря В.Н. Рецензия на монографию члена-корреспондента РАМН, профессора Ю.Д. Сергеева и кандидата медицинских наук Ю.В. Бисюка «Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты). Научно-практическое руководство» // Медицинское право. 2008. № 3. С. 60–61.

§ 2. Специфические черты административной ответственности в сфере охраны здоровья граждан

В начале следует отметить наиболее явную и выделяющуюся особенность, характеризующую область распространения и возможность применения административной ответственности – многочисленность норм, за нарушение которых может последовать наложение одного из более чем 50 составов административных правонарушений, связанных с рассматриваемой темой и содержащихся в тексте КоАП РФ.

Необходимо отметить, что большинство норм, относящихся к теме исследования расположены вне тематической главы, посвященной административным правонарушениям, посягающим на здоровье, санитарно-эпидемиологическое благополучие населения и общественную нравственность.

В настоящее время проявляется тенденция к увеличению количества норм, содержащих положения об охране здоровья граждан. Помимо этого, система административных правонарушений в Российской Федерации в рамках данной области идёт по пути ужесточения применяемых наказаний.

Следующей особенностью института административной ответственности в сфере охраны здоровья граждан является наличие специально уполномоченного субъекта, обладающего определенным набором профессиональных знаний и навыков; некоторые статьи не предусматривают прямого участия медицинских и фармацевтических работников, например, при осуществлении различных видов деятельности, связанных с оказанием услуг общей направленности, но не исключающих их применения в рассматриваемой области и прямо не предусматривающих участие специалиста¹.

Следующая особенность логически вытекает из предыдущего положения. Специальный субъект, занимающийся оказанием медицинской помощи и претендующий на право осуществления медицинской или фармацевтической деятельности, должен обладать соответствующей занимаемому профилю

¹ «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 N 195-ФЗ. // «Российская газета». N 256. 31.12.2001. Статья 5.39. Отказ в предоставлении информации.

квалификацией и свидетельством об аккредитации специалиста¹. Лица, получившие указанное образование в иностранных государствах, допускаются к осуществлению медицинской и фармацевтической деятельности после установления в РФ эквивалентности документов иностранных государств об образовании, сдачи экзамена по специальности и прохождения аккредитации, если иное не предусмотрено международными договорами РФ². Так, в наиболее общем виде ограничительное положение сформулировано в одной из статей в КоАП РФ, фиксирующей недопустимость занятия народной медициной³, тем не менее отмечается, что функционал и правила допуска к оказанию услуг народной медицины отличаются от основного перечня медицинских услуг, так как право на занятие народной медициной имеет гражданин, получивший разрешение, выданное органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, в частности это право подтверждается в определении Якутского УФАС по делу по признакам нарушения законодательства Российской Федерации о рекламе⁴.

Правосознание медицинского работника по своей значимости превосходит все перечисленные выше особенности. Зачастую именно правосознание является основным мериллом оценивания поступков медицинских работников и фармацевтов, поскольку позволяет соотнести правовую и моральную сторону дела, именно правосознание в некоторых составах позволяет отрицать наличие вины или, наоборот, квалифицировать её вид. По этой причине помимо актов, предусматривающих конкретные санкции, следует рассмотреть "Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации"⁵. В документе

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024). // "Российская газета", N 263, 23.11.2011. Статья 69. Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности.

² Алехин А.П. Кармолицкий А.А. Административное право России. Особенная часть: Учебник для вузов. / А.П. Алехин, А.А. Кармолицкий - М.: Зерцало-М. 2019. С.183.

³ «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 N 195-ФЗ. // «Российская газета». N 256. 31.12.2001. Статья 6.2. Незаконное занятие народной медициной

⁴ Определение Якутского УФАС России от 25.01.2019 по делу N 014/05/7-08/2019 «О возбуждении производства по делу по признакам нарушения законодательства Российской Федерации о рекламе» // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 24.02.2024).

⁵ Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (принят Первым национальным съездом врачей РФ 5 октября 2012 г.) // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 24.02.2024).

утверждается, что каждый врач несет моральную ответственность перед медицинским сообществом за свою врачебную деятельность, а медицинское сообщество несет ответственность за своих членов перед обществом в целом¹. Возвращаясь к тому, как правосознание может повлиять на назначение административной ответственности, следует определить понятие правосознания. В.М. Сырых, высказываясь по тематике правосознания, называл личность адресатом действия нормы. По его мнению, личность, которая обладает правосознанием, соответственно является и субъектом, способным воплотить эти веления в реальную жизнь. Вне познавательно-оценочных актов личности норма права утрачивает какой-либо смысл и значение, превращаясь, по словам, Л.И. Петражицкого в клочок бумажки с кляксами². Кроме того, правосознание выступает регулятором индивидуального поведения личности не в меньшей степени, чем норма права. Следовательно, тесная связь нормы и правосознания делает необходимым их совместное расположение в одном ряду³.

¹ Стеценко С.Г. Медицинское право. Учебник для юридических и медицинских вузов. / С. Г. Стеценко и др.; под общ. ред. проф. Н. Г. Гончарова. - Изд. 2-е доп. и перераб. М.: РМАПО, ЦКБ РАН, 2011. С. 32-33.

² Петражицкий Л. И. Текст лекций / Императорский С.-Петербургский университет

³ Сырых В.М. Логические основания общей теории права: В 2 т. / В.М. Сырых; Ин-т законодательства и сравн. правоведения при Правительстве Рос. Федерации. - М.: Юстицинформ. 2000. С. 43.

Глава 3. Проблематика административно-правового регулирования отношений в сфере здравоохранения

§ 1. Проблемы нормативно-правового обеспечения отрасли здравоохранения

Перечень проблем в рассматриваемой области обширен, чтобы объять большую часть существующих проблем формата дипломной работы явно недостаточно, поэтому остановимся на наиболее значимых.

Важнейшей и наиболее опасной для жизни и здоровья граждан является проблема высокого числа смертей и несчастных случаев, произошедших вследствие не оказанной вовремя или оказанной некачественно медицинской помощи. На заседании советов ректоров медицинских вузов глава Минздрава России Михаил Мурашко заявил, что ежегодно из-за ошибок и непрофессионализма врачей в стране умирает порядка 70 тыс. человек. Очевидно, что представленные данные могли бы иметь значительно менее устрашающий характер в случае, если бы качество оказываемых медицинских услуг соответствовало нормам, закреплённым законодателем. В качестве меры, направленной на исправление сложившейся ситуации, М. Мурашко назвал повышение направленности учебной программы на изучение вопросов безопасности оказания медпомощи и её качества, в том числе безопасного обращения с лекарственными препаратами, в медицинских вузах.

Следующим моментом, негативно отражающимся на деятельности учреждений здравоохранения, является недостаточное для оказания медицинских услуг высокого качества финансирование. Эту проблему некоторые специалисты предлагают решить путём перехода на одноканальную систему финансирования медицинских учреждений¹. Предполагается, что такое объединение средств позволит перейти на оплату медицинских услуг по полному тарифу из средств ОМС, исключая в структуре финансового обеспечения учреждений здравоохранения бюджетные средства,

¹ Обухова О.В. Носова Е.А. Проблемы функционирования медицинских учреждений в условиях перехода на одноканальную систему финансирования. // Менеджер здравоохранения №8. 2011.

соответственно, высвобожденные средства государство сможет перенаправить на развитие других сфер. Однако в настоящее время реализация указанного проекта невозможна, поскольку может повлечь за собой серьёзное падение качества оказываемых услуг по причине того, что субъекты федерации всё ещё неспособны в полном объёме компенсировать реальные затраты сферы здравоохранения¹. Проблемы приобретает ещё более негативную окраску в связи с тем, уровень участия населения в рабочей силе крайне невысок: в 2018 году он был равен 62,6%, что сказывается на количестве страховых отчислений в фонд ОМС и лишает государство возможности перенаправить бюджетные средства в другие сферы.

В связи с этим можно констатировать факт, что в настоящее время учреждения здравоохранения функционируют только благодаря двухканальной системе финансирования, при которой незначительная часть средств поступает из бюджета, а большая часть поступает из фонда ОМС, тем не менее недостаточное количество страховых взносов не позволяет государству полностью выйти из указанных правоотношений.

Именно по этой причине возникают сомнения о длительности дальнейшего преобладания в медицине государственного сектора над частным. Государство заинтересовано в сокращении вложений в сферу здравоохранения, средств из фонда ОМС для оказания полноценной медицинской помощи недостаточно. В конечном итоге население, вынужденное обращаться к помощи частных учреждений здравоохранения в целях обеспечения собственного права на медицинскую помощь, закреплённого на законодательном уровне, становится заложником ныне действующей системы.

Неудовлетворительное состояние сферы здравоохранения сегодня является следствием "шоковых" политических и экономических реформ конца прошлого века, на некоторое время весь рассматриваемый сектор впал в состояние анабиоза, ресурсы и возможности здравоохранения были серьёзно

¹ Журнал «Ремедиум»: ежемесячный специализированный информационно-аналитический журнал о рынке лекарств и медицинской технике. // Ремедиум. URL: <https://remedium-journal.ru/journal> 2009. № 8-9.

подорваны. Проводимая программа, правильнее будет сказать, её отсутствие или невозможность реализации, привела к ослаблению оздоровительной, профилактической и санитарно-гигиенической работ¹. Указанная проблема тесно связана с проблемами нормативно-правового характера, речь о которых пойдёт ниже.

Наиболее очевидной проблемой в этом разделе является фрагментарность и непроработанность терминов существующей нормативно-правовой базы. Принятие нового федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не только не помогло решить указанную проблему сферы здравоохранения, но, наоборот, еще более усложнило правовую ситуацию в рассматриваемом секторе. Так, было изменено определение правового статуса медицинской организации, которая определена законодателем как юридическое лицо, заменив ранее существовавшее под этой дефиницией лечебно-профилактическое учреждение, что значительно расширило понятие медицинской организации, подробнее в главе 1².

Следующая нормативно-правовая проблема связана с несовершенством или отсутствием нормативной законодательной базы, регулирующей механизм перехода системы здравоохранения субъекта РФ на преимущественно-одноканальное финансирование³. Выделение указанной проблемы выглядит вполне обоснованным, если мы обратимся к тексту Распоряжения Правительства РФ⁴, где одной из задач по развитию здравоохранения является модернизация системы обязательного медицинского страхования и развитие системы добровольного медицинского страхования, что включает в себя осуществление перехода на одноканальную модель финансирования медицинской помощи в

¹ Резолюция I (XVII) Всероссийского Пироговского съезда врачей, Москва, 23-25 ноября 1995 года // Материалы съезда. – М.: Мед. газ., Б. г. (1997). С.3.

² Печников А.П., Печникова О.Г. Проблемы определения правового статуса медицинской организации (историко-правовой и гражданско-правовой аспекты) // Вестник Удмуртского университета. Экономика и право. 2012. Вып. 2. С. 3-4.

³ Обухова О.В. Носова Е.А. Проблемы функционирования медицинских учреждений в условиях перехода на одноканальную систему финансирования. // Менеджер здравоохранения №8. 2011.

⁴ Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» // "Собрание законодательства РФ". 24.11.2008. N 47. ст. 5489.

системе обязательного медицинского страхования, включая законодательное закрепление доходных источников и расходных обязательств. Дополнительных положений, регулирующих процесс перехода учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование, мной обнаружено не было, что также повышает актуальность проблемы.

В текущем разделе необходимо обозначить ряд иных проблем, среди которых следует выделить отсутствие в КоАП РФ единой главы, посвященной правонарушениям в области здравоохранения, о чём упоминалось в работе ранее, соотношение нормотворческой компетенции в области законодательства об административных правонарушениях РФ и субъектов в сфере здравоохранения¹, кадровое обеспечение сферы здравоохранения, которое будет продемонстрировано далее на примере СМК, неэффективность контролирующих структур, проверяющих качество оказываемой медицинской помощи. Последнее положение требует развернутого пояснения. В настоящее время в научном сообществе выделяется две модели управления сферой здравоохранения: государственная и общественная². В рамках общественной модели многие функции государственных структур из первой модели передаются профессиональным медицинским сообществам, что позволяет серьезно снизить воздействие свойственных для структур государственного управления негативных проявлений бюрократизма, излишнего формализма и коррупции³. Незначительная развитость подобных саморегулируемых организаций в РФ является второй составляющей обозначенной проблемы, поскольку участие профессиональных медицинских работников в выработке нормативной базы позволило бы приблизить законодательные положения к реалиям функционирования системы здравоохранения.

¹ Шилюк Т.О. Административно-правовое регулирование в области здравоохранения: диссертация ... кандидата юридических наук: 12.00.14 / Т.О. Шилюк. Москва, 2010. С. 184-188.

² Глущенко А.Н. Административно-правовое регулирование охраны здоровья граждан в Российской Федерации: диссертация ... кандидата юридических наук: 12.00.14 / А.Н. Глущенко. Воронеж, 2016. С. 188.

³ Комаров Ю. Опыт врачебного саморегулирования и самоуправления за рубежом // Национальная медицинская палата. URL: <https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=278>. (Дата обращения 04.03.2024).

Проблемы функционирования системы социального страхования не возникли в обществе одномоментно и имеют повсеместный характер. Так, во Франции Государственному совету пришлось высказать свое мнение по вопросам отношений между врачами и органами социального обеспечения и о выплате вознаграждения врачам за лечение лиц, застрахованных по системе социального страхования¹. Причиной разногласий послужил принцип, согласно которому врачи должны быть равны между собой. К счастью, в этом случае разумность восторжествовала: Государственный совет отклонил этот тезис по причине того, что врачи вольны заключать соглашение об уходе за пациентом или не заключать его вовсе².

В случае если разумность восторжествует во всей нормативно-правовой базе сферы здравоохранения, на первое место в списке приоритетов выйдет нацеленность на обеспечение благоприятной среды для развития полноценного человека, а безотлагательное и неотъемлемое право человека на медицинскую помощь будет гарантировано не только номинально.

¹ Постановление Государственного совета от 13 июля 1962 года по делу Национального совета корпорации врачей // Брэбан Г. Французское административное право: Пер. с фр./Под ред. и со вступ. ст. С. В. Боботова. М.: Прогресс, 1988. С. 184.

² Брэбан Г. Французское административное право: Пер. с фр./Под ред. и со вступ. ст. С. В. Боботова. М.: Прогресс, 1988. С. 186.

§ 2. Проблемы привлечения к ответственности медицинских работников и организаций при осуществлении служебной деятельности

При рассмотрении проблем привлечения субъектов медицинской деятельности к административной ответственности следует обратить внимание на то, что действующий КоАП РФ не содержит нормы об ответственности за незаконную медицинскую деятельность без специальной лицензии. До 2013 года в ст. 6.2 КоАП РФ была установлена ответственность за незаконное занятие частной медицинской практикой, но позже такая ответственность была исключена, и в настоящее время данная статья КоАП РФ предусматривает ответственность только за незаконное занятие народной медициной. Исходя из этого, в настоящее время привлечению к ответственности в соответствии с указанной статьей подлежат только лица, не являющиеся профессиональными медицинскими работникам¹. В проекте ФЗ, о котором говорилось в предыдущих главах, предусматривалось устранение этого пробела².

Серьезные проблемы создаются при обеспечении условий для исполнения положений законов о ВИЧ-инфекции³, санитарно-эпидемиологическом благополучии населения⁴ и психиатрической помощи⁵. Так, медицинские работники становятся жертвами законодательно установленных норм и зачастую несут ответственность за несоответствие с заявленными условиями не по вине недобросовестного исполнения обязанностей, а из-за скрытого недофинансирования, которое происходит по причине неочевидности источников финансового обеспечения права каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь.

¹ Данилов Е.О. К вопросу об ответственности за незаконное осуществление медицинской деятельности // Уголовная ответственность медицинских работников: вопросы теории и практики. Петрополис. 2017. С. 68-74.

² Проект Федерального закона № 1093620-6 «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения» // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 05.03.2024).

³ Федеральный закон от 30.03.1995 N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // «Собрание законодательства РФ». 03.04.1995. N 14. ст. 1212.

⁴ Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2022). // «Собрание законодательства РФ». 05.04.1999. N 14. ст. 1650.

⁵ Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // «Ведомости СНД и ВС РФ». 20.08.1992. N33. ст. 1913.

Далее хотелось бы разобраться в институте медицинского вмешательства и проблематике привлечения специалистов за нарушения в этой области.

С.М. Ковалевский определял вред, причиненный при медицинском вмешательстве, как неблагоприятные последствия для жизни человека и его здоровья, которые подлежат возмещению в имущественном эквиваленте¹.

В ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» урегулированы условия медицинского вмешательства. Необходимым условием для осуществления вмешательства является информация добровольного согласия гражданина или законного представителя на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также предполагаемых результатах медицинской помощи. Однако существующие формы ИДС преимущественно содержат лишь констатацию факта предоставления информации. Ю.Д. Сергеев отмечает, что недостатком форм ИДС является их усредненность, не позволяющая учитывать индивидуальные особенности пациента². Следовательно, проверка объема и достоверности предоставленной пациенту информации при использовании такой формы ИДС невозможна. Можно сделать вывод, что фактически происходит установление презумпции «добросовестности» медицинского работника при информировании пациента о содержании предполагаемого медицинского вмешательства. О.В. Беляева отмечает, что в практической деятельности распространена позиция, согласно которой само по себе подписание пациентом добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство не свидетельствует о полном информировании учреждением пациента о целях, методах оказания

¹ Натаров А.А. Дудоров Т.Д. Ответственность за совершение медицинских правонарушений: основания и виды // Евразийская адвокатура. 2019. №2(39).

² Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учеб. комплекс: в 3 т./ Ю.Д. Сергеев. Т. 1. М. ГЭОТАР-Медиа. 2008. С. 295.

медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и его последствиях¹.

Тем не менее можно сказать, что обязанность по доказыванию неполноты информирования всё же лежит на пациенте². Таким образом, если пациент не предпринимает действий по фиксации процедуры информирования, то доказать неполноту предоставленной информации будет достаточно трудно.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа³.

Осуществление медицинского вмешательства без получения ИДС является формой выражения объективной стороны административного правонарушения, предусмотренного ч. 1 ст. 6.32 КоАП РФ. Однако существуют исключительные ситуации, включенные в п. 1 ч. 9 ст. 20 Федерального закона N 323-ФЗ, где предусмотрено обязательное медицинское вмешательство для устранения угрозы жизни человека в случае, если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители.

А.В. Тихомиров полагает, что информированное добровольное согласие – это не соглашение и не договор. Ученый считает, что информированное добровольное согласие – это односторонняя сделка, волеизъявление единственно правообладателя как действия, направленные на возникновение, изменение или прекращение правоотношения. Информированное добровольное согласие устанавливает границы, в пределах которых правообладатель согласен на умаление здоровья в результате медицинского вмешательства ради последующих выгод для него⁴.

¹ Беляева О.В. Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство в свете практики судов Российской Федерации и Европейского суда по правам человека // Медицинское право: теория и практика. 2018. Т.4. N2(8). С.13-20.

² Горovenko С.В. Административная ответственность за нарушение требований законодательства о получении информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство // Юридическая наука и правоохранительная практика. 2019. №2(48).

³ Алехин А.П. Кармолицкий А.А. Административное право России. Особенная часть: Учебник для вузов. / А.П. Алехин, А.А. Кармолицкий - М.: Зерцало-М. 2019. – С.189.

⁴ Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта: учеб.-науч. пособие./ А.В. Тихомиров. М. ЮрИнфоЗдрав. 2012. С.39.

Соответственно, медицинские работники вынуждены признавать и уважать возможность получения отказа в согласии в случае, если человек не имеет каких-либо показаний к принудительному применению медицинской помощи. Исходя из этого, можно вывести положение, что в Российской Федерации признается нежелательной, но допускается пассивная эвтаназия, однако в случае неисполнения положений ч. 1 ст. 6.32 КоАП РФ предусмотрено только наложение административного штрафа в размере от одной до ста тысяч рублей в зависимости от субъекта наложения, что в некоторой степени позволяет медицинским работникам проигнорировать отказ и оказать положенную помощь.

§ 3. Проблемы административно-правового регулирования деятельности в сфере медицины катастроф

Рассматриваемую главу предлагаю разделить на две части в зависимости от режима функционирования СМК (повседневный и чрезвычайный).

Наличие или осознание проблемы в функционировании интересующей нас структуры даже в режиме повседневной деятельности говорит о её серьезности и требует особого внимания, поскольку в случае возникновения экстренной ситуации обострится вероятность проявления опасных последствий.

Так, следует начать с проблемы несоответствия масштабов происшествия и материальной базы здравоохранения, доступной для экстренного реагирования. Проблема наиболее ярко проявляется на примере соседнего для нашей страны государства – Республики Беларусь. Белорусские специалисты в области медицины катастроф при отсутствии крупномасштабных происшествий за последние годы призывают к реформированию существующей системы, считая практически невозможным в необходимые сроки и в оптимальном объеме осуществить комплекс лечебно-эвакуационных мероприятий одновременно при значительном числе пострадавших. Препградой этому служит оказание помощи при ЧС лишь формированиями скорой неотложной медицинской помощи: при необходимости развернуть дополнительные формирования система здравоохранения РБ столкнется с проблемой их недостаточности, ведь специализированные подразделения по борьбе с медико-санитарными последствиями катастроф в Белоруссии отсутствуют¹. В разрезе опасений наших соседей хотелось бы напомнить о существующей в России в рамках отдельных регионов практике слияния станций скорой медицинской помощи и центров медицины катастроф, что вызывает вполне обоснованные сомнения в пригодности и эффективности подобных формирований для реализации возложенных на них целей². При этом

¹ Пантюхов А.П., Боровко И.Р., Соколов Ю.А. Основы медицины катастроф: курс лекций / А.П. Пантюхов, И.Р. Боровко, Ю.А. Соколов. Минск: БГМУ. 2012. С. 56-58.

² Гончаров С.Ф., Бобий Б.В., Акиншин А.В. Служба медицины катастроф Минздрава России: основные итоги деятельности в 2019 г. и задачи на 2020 г. // Медицина катастроф. 2020. №1. С.19.

отмечается, что в большинстве случаев слияние не вызывает нареканий и оказывает благоприятное воздействие на качество оказываемой помощи¹.

Следующей проблемой необходимо назвать, несмотря на предпринимаемые попытки её нивелирования, недостаточный уровень кругозора и профессиональной подготовки по основным вопросам медицины катастроф специалистов СМК Минздрава, СМК Минобороны России и иных медицинских организаций². Так, отмечается недостаточный количественный объем подготовки медицинских кадров для формирований СМК по вопросам токсикологии и особенностям экстренной ликвидации медико-санитарных последствий аварийных ситуаций химического характера³. Помимо этого, специалисты подчеркивают значимость подготовки руководителей медицинских организаций, которые по основной специальности не приобретают знаний в сфере медицины катастроф ввиду отсутствия специальных компетенций, утвержденных в профессиональном стандарте⁴. В рамках этой проблемы считаю необходимым приобщить опыт других стран и заметить, что, например, в Германии медицина катастроф не является отдельной специальностью, как правило, курс медицины катастроф распределяется в рамках программ по подготовке анестезиологов и травматологов⁵. Кроме того, специалистами отмечается, что медицинские университеты не сотрудничают с немецким обществом медицины катастроф, чем ставят под сомнение возможность практического обучения студентов. Все эти нарекания продолжают существовать несмотря на взятый в Германии курс на повсеместное внедрение

¹ Механтьева Л.Е., Енин А.В. Служба медицины катастроф Воронежской области: история создания и становления // Медицина катастроф. 2022. №3. С.44.

² Гончаров С.Ф., Бобий Б.В., Акиншин А.В. Служба медицины катастроф Минздрава России: основные итоги деятельности в 2019 г. и задачи на 2020 г. // Медицина катастроф. 2020. №1. С. 19.

³ Гончаров С.Ф., Простакишин Г.П., Сарманаев С.Х., Бызова В.Н., Седов А.В. Современный взгляд на проблему ликвидации медико-санитарных последствий химических чрезвычайных ситуаций. // Медицина катастроф. 2018. № 103(3). С.13.

⁴ Гончаров С.Ф., Баранова Н.Н., Быстров М.В. Проблемные вопросы и необходимость подготовки руководителей медицинских организаций по вопросам медицины катастроф в системе непрерывного медицинского образования. // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2017. №2–3 (28–29) С. 46.

⁵ Kasselmann, Nils & Willy, Christian & Domres, Bernd & Wunderlich, Robert & Back, David. (2021). Implementation of disaster medicine education in German medical schools -a nationwide survey. // GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34056068/> (дата обращения 20.03.2024).

медицины катастроф как отдельного учебного предмета ещё в 2006 году¹. Шведские специалисты указывают на проблему формального подхода к проведению учений по взаимодействию структур медицины катастроф². Следует отметить, что в России названное нареkanie также вызывает критику со стороны научного сообщества³.

Дискуссионным вопросом остается наличие в системе реагирования и предотвращения медико-санитарных последствий структур гражданской обороны. В системе здравоохранения ранее сосуществовали две самостоятельные подсистемы, предназначенные для решения схожих задач: медицинская служба гражданской обороны и служба медицины катастроф⁴. С одной стороны, наличие двух структур приводило к удвоению органов управления и затруднению в решении вопросов комплектования и подготовки кадров. С другой стороны, отмечается, что в настоящее время еще не созданы должные условия для практической работы указанной единой системы⁵.

Важной и наиболее актуальной в данный момент проблемой является обеспечение готовности сил и средств здравоохранения к работе в условиях вооруженных конфликтов. Ключевую роль в спасении людей при появлении большого числа раненых среди военнослужащих и гражданского населения играет именно грамотная организация структуры и взаимодействия ВСМК⁶. К огромному сожалению, в условиях продолжающегося конфликта на российско-украинской границе вопросы организации транспортировки и лечения раненых

¹ Richter-Kuhlmann E. Masterplan Medizinstudium 2020: Auf in eine neue Runde. // URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/204286/Masterplan-Medizinstudium-2020-Auf-in-eine-neue-Runde> (дата обращения: 21.03.2024).

² Söderin, Louise & Agri, Joakim & Hammarberg, Elsa & Lennquist-Montán, Kristina & Montan, Carl. Hospital preparedness for major incidents in Sweden: a national survey with focus on mass casualty incidents. // *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*. 2022. URL: 10.1007/s00068-022-02170-z. (дата обращения: 21.03.2024).

³ Гончаров С.Ф., Бобий Б.В., Акиншин А.В. Служба медицины катастроф Минздрава России: основные итоги деятельности в 2019 г. и задачи на 2020 г. // *Медицина катастроф*. 2020. №1. С.20.

⁴ Хорошилов А.В. Причины организации федеральных и региональных органов службы медицины катастроф. // *Вестник КемГУ*. 2010. № 4. С. 52.

⁵ Хорошилова Л.С., Хорошилов А.В. Служба медицины катастроф – элемент системы безопасности страны. // *Вестник Кемеровского государственного университета*. 2011. №1. С. 31.

⁶ Гончаров С.Ф., Баранова Н.Н., Быстров М.В. Проблемные вопросы и необходимость подготовки руководителей медицинских организаций по вопросам медицины катастроф в системе непрерывного медицинского образования. // *Медицинское образование и профессиональное развитие*. 2017. №2–3 (28–29) С. 44.

проработаны не были, что вызвало невосполнимую потерю человеческих жизней, изначально способных к продолжению существования при условии должной организации работы системы по предотвращению медико-санитарных последствий¹. Этот тезис подтверждается не только отсутствием информации об организации новых высокотехнологичных центров медицины катастроф в приграничных регионах, но и функционированием ныне существующих. Так, сотрудники центра медицины катастроф Республики Крым проводили исследование по вопросу эффективности работы центра при угрозе одновременного совершения ряда террористических актов и пришли к выводу, что повсеместное оказание медицинской помощи будет возможно лишь при направлении на каждый объект по одному экипажу². Является ли такой алгоритм решением проблемы – вопрос риторический. Особенно больно становится от разительного отличия «документального» и фактического состояния территориальных центров медицины катастроф после посещения сайта ЦМК Республики Крым, на котором в одном из разделов прямым текстом указывается: «Не секрет, что во многом деятельность Центра держится на энтузиазме всех сотрудников, круглосуточно готовых выехать по зову своих коллег и попавших в беду людей»³.

Специалисты, исследующие аналогичные по своей сущности конфликты, называют их термином «гибридная война» и считают необходимым в подобных условиях изменять методы действия структур медицины катастроф, ориентируясь на возможность расширения масштаба боевых действий, включая угрозу нанесения боевых ударов и совершения диверсионных акций на всей территории страны, различное соотношение санитарных потерь хирургического и терапевтического профиля в отдельные периоды военного конфликта, а также возможность применения, наряду с обычным оружием, оружия массового

¹ Гончаров С.Ф., Бобий Б.В., Акиншин А.В. Служба медицины катастроф Минздрава России: основные итоги деятельности в 2019 г. и задачи на 2020 г. // Медицина катастроф. 2020. №1. С.19.

² Олефиренко С.С., Люлько О.М., Золотарёва В.И., Буглак Г.Н. Вариант организации работы территориального центра медицины катастроф Республики Крым при угрозе одновременного совершения нескольких террористических актов // Медицина катастроф. 2022. №3. С. 33.

³ Крымский республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи: Сайт. URL: <https://03rk.ru/o-tsentre/istoriya/> (дата обращения: 22.03.2024).

поражения¹. В связи с этим важно подчеркнуть, что зачастую в помощи СМК может нуждаться именно гражданское население, лишенное доступа к полевым госпиталям, на которые в той или иной степени могут рассчитывать военнотружущие. Отмечается, что для сохранения жизни и здоровья населения во время ведения боевых действий с применением современного оружия ныне действующая система оказания экстренной медицинской помощи малоэффективна, а результат анализа современных вооруженных конфликтов свидетельствует о процентном увеличении от общего числа жертв представителей мирного населения². При этом с украинской стороны главной проблемой в организации координированных действий экстренных медицинских служб заявляется ужасающий темп миграции врачей из государства, особенно из зон соприкосновения противоборствующих сил³. Перечисленные проявления демонстрируют качественное изменение составных частей данных о смертности в условиях вооруженных конфликтов: помимо прямых боевых смертей, растёт число смертей, вызванных болезнями или отсутствием ухода, которые принято называть избыточными, поскольку они произошли не в результате боевых действий, а в условиях недоступности медицинской помощи населению⁴.

Перейдём к блоку проблем, посвященных функционированию СМК в чрезвычайном режиме. Первая проблема, о которой хотелось бы сказать, логически связана с финальным вопросом из предыдущего раздела работы. В настоящее время продолжает сохраняться режим временного ограничения полетов гражданской авиации в воздушном пространстве южных регионов страны. В связи с этим возник вопрос организации санитарно-авиационной

¹ Фисун А.Я. Гибридная война и медицина: от единого понимания сути к межведомственному взаимодействию // Медицина катастроф. 2022. №3. С. 14.

² Писаренко Л.В., Гуменюк С.А., Потапов В.И. Особенности современных локальных войн и вооруженных конфликтов и проблемы оказания медицинской помощи населению в догоспитальном периоде // Медицина катастроф. 2022. №4. С. 71.

³ Dzhus M and Golovach I. Impact of Ukrainian-Russian war on health care and humanitarian crisis. // Disaster Med Public Health Prep. 17(e340). 1–3. URL: <https://doi.org/10.1017/dmp.2022.265>. (дата обращения 28.03.2024).

⁴ Guha-Sapir, Debarati & D'Aoust, Olivia. Demographic and Health Consequences of Civil Conflict. // 2011. P. 6. URL: https://www.researchgate.net/publication/278005301_Demographic_and_Health_Consequences_of_Civil_Conflict (дата обращения 29.03.2024).

эвакуации пациентов как из-за рубежа, так и с территории южных регионов. Отмечается, что медицинская транспортировка специализированным авиарейсом далеко не всегда представляется возможной, в то время как из большинства зарубежных стран практически не осуществляются прямые рейсы, а из южных регионов медицинской бригаде и пациенту первоочередно требуется добраться наземным транспортом до открытого аэропорта¹. Отдельно хочется акцентировать внимание на существующей рекомендации доставлять пациентов в близлежащие лечебные учреждения (недостаточно оснащенные) вместо специализированных медицинских центров, находящихся в некотором отдалении. Эти факты свидетельствуют о значительном увеличении времени медицинской эвакуации при её проведении и вынуждают говорить о том, что медицинская помощь в текущей обстановке не оказывается в полном объеме и не отвечает требованиям соблюдения интереса в сохранении жизни и здоровья пациента.

Следующая проблема наиболее разработана зарубежными специалистами. Так, отмечается, что, помимо общей медицины катастроф, следует выделить отдельное направление – контртеррористическая медицина². Внимание к разработке указанной дисциплины во многом было привлечено инцидентом с убийством бывшего премьер-министра Японии Синдзо Абэ 8 июля 2022 года. В рамках этого направления предлагается разработать директивные документы по организации приема пострадавших от террористических актов, а также создать более точную систему оценки уязвимости объектов и план по смягчению медико-санитарных последствий.

Важной проблемой является применимость норм международного гуманитарного права, поскольку медицинский персонал на первоначальном

¹ Качанова Н.А. Особенности проведения медицинской эвакуации пациентов в условиях временного ограничения на федеральном уровне полетов гражданской авиации, в том числе из-за рубежа // Медицина катастроф. 2022. №4. С.55.

² Shin, Heejun & Hertelendy, Attila & Hart, Alexander & Tin, Derrick & Issa, Fadi & Hata, Ryan & Ciottone, Gregory. Terrorism-Related Attacks in East Asia from 1970 through 2020. // Prehospital and disaster medicine: the official journal of the National Association of EMS Physicians and the World Association for Emergency and Disaster Medicine in association with the Acute Care Foundation. 2023. P. 2. URL: 10.1017/S1049023X23000109. (дата обращения 29.03.2024).

этапе выявления и эвакуации нуждающихся в помощи из зон боевых действий регулярно сталкивается с политическими и военными препятствиями¹. В частности, медицинские бригады зачастую вынуждены хранить молчание о видимых нарушениях прав человека для сохранения доступа к оказанию помощи². В связи с этим важно вновь акцентировать внимание на значимости надлежащей подготовки медиков к работе в экстраординарных ситуациях, поскольку даже отдельные элементы оказания медицинской помощи не способны избежать аспекта чрезмерной политизированности³.

Ключевой проблемой, о которой говорится в текущем разделе, является непосредственная организация оказания медицинской помощи структурами медицины катастроф во время происшествий. Указанная проблема является не только общегосударственной, но и общемировой. Хочется отметить, что в сравнении с зарубежными проявлениями наша система находится даже в более выигрышном положении. Так, опыт организации работы по предотвращению общегосударственных происшествий в Эфиопии показал, что только лишь три лечебных центра способны обеспечить приемлемый уровень реагирования на возникновение ЧС и необходимость предотвращения медико-санитарных последствий⁴. Аналогичные уровню Эфиопии цифры были выявлены в Италии в аспекте признания лечебных учреждений неготовыми к реагированию на ЧС⁵. В России ведется постепенное повышение уровня организации оказания медицинской помощи структурами медицины катастроф во время происшествий, на современном этапе развития ВСМК в качестве основного

¹ Weissman F. Liberia: can relief organizations cope with the warlords? // Médecins sans Frontières. World in crisis: the politics of survival at the end of the twentieth century. London. 1997. P. 21.

² Bruderlein, Claude & Leaning, Jennifer. New challenges for humanitarian protection. // BMJ (Clinical research ed.). 1999. URL: 10.1136/bmj.319.7207.430. (дата обращения 30.03.2024).

³ Leaning J. The dilemma of neutrality. // Prehospital Disaster Med. 2007. URL: 10.1017/S1049023X00005148.

⁴ Getu, Samuel Befekadu & Tsegaw, Fisseha & Arcos González, Pedro & Castro Delgado, Rafael. Hospital Disasters Preparedness for Mass-Casualty Incidents at Emergency Units in Northwest of Ethiopia: A Cross-Sectional Study. // Prehospital and disaster medicine. 2023. URL: 10.1017/S1049023X23000365. (дата обращения 30.03.2024).

⁵ Ingrassia, Pier Luigi & Mangini, Marco & Azzaretto, Massimo & Ciaramitaro, Ilenia & Costa, Laura & Burkle, Frederick & Della Corte, Francesco & Djalali, Ahmadreza. Hospital Disaster Preparedness in Italy: a preliminary study utilizing the World Health Organization Hospital Emergency Response Evaluation Toolkit. // Minerva anesthesiologica. 2016. P. 1262.

катализатора можно отметить происшествие в Башкирии в 1989 году¹. По его итогам была сформирована доктрина, позволившая в дальнейшем избегать схожих по количеству жертв катастроф и поэтапно выстроить структуру действия ВСМК, отвечающую требованиям нового времени. Так, была признана необходимость создания национальной службы медицины катастроф, а также заблаговременной подготовки кадров и научного обобщения опыта ликвидации медицинских последствий ЧС². Двадцатилетний период развития ВСМК не прошёл напрасно, специалисты ставят в заслугу Службе ликвидацию катастроф нового столетия, например, пожара в Перми в 2009 году, где при формировании медицинских бригад были продемонстрированы высокий уровень мобилизации резервов Службы, включая привлечение авиации, и своевременное обеспечение эвакуации пострадавших в крупные города для распределения в специализированные медицинские учреждения³. Подтверждением качества оказания медицинской помощи ВСМК могло бы служить международное признание профессионализма Службы, однако каких-либо авторитетных источников, указывающих на интересующие в рамках затронутого вопроса данные, мной обнаружено не было. Звание «лучших в мире» фигурирует лишь только в работах российских специалистов⁴. Зарубежные источники в отношении того же события, где наша Служба была признана «лучшей» (землетрясение на территории Гаити в 2010 году), не дают однозначного ответа на вопрос, но называют наиболее отличившейся качеством оказанной медицинской помощи аналогичную структуру из Бельгии⁵.

¹ Воробьев Ю.Л., Акимов В.А., Соколов Ю.И. Системные аварии и катастрофы в техносфере России. / Ю.Л. Воробьев, В.А. Акимов, Ю.И. Соколов. М.: ФГБУ ВНИИ ГОЧС (ФЦ). 2012. С. 76.

² Будкевич Л.И., Розин В.М. Трагедия в Башкирии – истоки становления современной комбустиологии детского возраста в Службе медицины катастроф // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2015. Т.5. №.1. С 31.

³ Хорошилов А.В. Причины организации федеральных и региональных органов службы медицины катастроф. // Вестник КемГУ. 2010. № 4. С. 52.

⁴ Хорошилова Л.С., Хорошилов А.В. Служба медицины катастроф – элемент системы безопасности страны. // Вестник Кемеровского государственного университета. 2011. №1. С. 29.

⁵ Gerdin M, Wladis A, von Schreeb J. Foreign field hospitals after the 2010 Haiti earthquake: how good were we? // Emerg Med J. 2013. URL: 10.1136/emmermed-2011-200717. (дата обращения 02.04.2024).

Заключение

В современных условиях в нашем государстве на первое по значимости место выходит здоровье населения. Именно от этого показателя зависит достижение целей стратегического развития России на ближайшие десятилетия, в число которых входит преодоление порога воспроизводства и увеличение человеческого ресурса, создание конкурентоспособной экономики, отражающей новые вызовы действительности, увеличение производительности труда и «трудовой жизни» граждан.

В настоящее время законодательство в сфере охраны здоровья граждан является одним из наиболее динамично развивающихся. Ряд актуальных в начале 21 века проблем приобрел статус успешно разрешенных. Так, были приняты важнейшие НПА, среди которых Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

Однако ряд положений до сих пор требует качественной проработки и переосмысления.

Одним из выводов моей работы становится обоснование мнения о недостаточности и фрагментарности существующего нормативно-правового блока в сфере здравоохранения.

Возникает множество проблем, связанных с недостаточным уровнем проработанности нормативно-правовых актов, финансированием, низкими показателями подготовки кадров, особенностями применения административной ответственности, равномерным распределением обязанностей между различными подсистемами сферы здравоохранения и др.

Важным аспектом работы стало выявление перечня административных правонарушений, санкций за их совершение, а также разграничение административной и уголовной ответственности.

Отдельно следует отметить выводы, сделанные на основе проведенного исследования сферы медицины катастроф. Так, в настоящее время происходит

формирование новой идеологии управления и обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям. Представители большинства стран разделяют концепцию сближения стандартов в области медицины катастроф. Всероссийская служба медицины катастроф сейчас находится на новом этапе развития, который в значительной степени отличается от начального периода в лучшую сторону за счет большей организованности и оснащенности, более тесной связи ВСМК с федеральными медицинскими учреждениями.

В своей работе я выделил целый ряд проблем, решением которых необходимо заниматься специалистам Службы в ближайшем будущем, однако при этом прослеживается значительное смещение акцента в постановке главных вопросов функционирования ВСМК: если ранее ставился вопрос о том, что есть Служба, чем ограничивается её функционал и кто ответственен за организацию её деятельности, то теперь вопросы носят более точечный характер и в некоторой степени являются вторичными по отношению к тому пласту опыта, выработанных нормативных актов и доктрины, который был заложен в течение последних двадцати лет специалистами в области медицины катастроф.

Проведенный сравнительный анализ показал, что организация СМК в России по своему качеству опережает развитие аналогичных служб во многих странах, однако останавливаться на достигнутом непозволительно, необходимо продолжать планомерное усовершенствование и реформирование системы в дальнейшем. Аналогичными словами можно обозначить и дальнейшее направление развитие сферы здравоохранения в целом.

Проблемы регулирования сферы охраны здоровья граждан не позволяют вывести нашу систему здравоохранения на новый уровень одновременно, но совместными усилиями при помощи грамотных законодательных изменений, активной дискуссии медицинской и юридической сфер по смежным вопросам нам, несомненно, удастся достичь значительного прогресса сферы, исследуемой в работе.

Для решения обширного перечня существующих проблем **предлагается предпринять следующее:**

1. Помимо совершенствования системы законодательства, государству необходимо стимулировать углубленное изучение будущими специалистами медицинских и смежных юридических дисциплин, а также повышать уровень медицинской культуры и правосознания граждан. Эти меры могли бы позволить снизить потребность в обращении к санкциям КоАП РФ и УК РФ, поскольку формирование очевидных составов и заполнение существующих пробелов способствовало бы более жесткой регламентации отношений в рассматриваемой сфере, а уровень подготовки специалистов повлиял бы на качество изначально поступающего «человеческого материала».
2. Необходимо проведение глубинной доктринальной разработки по вопросам изучения пласта материалов, посвященных административно-правовому регулированию в сфере охраны здоровья граждан и, в частности, выявлению административно-правового статуса учреждений здравоохранения. Указанное понятие является фундаментом для построения всей системы здравоохранения, суть, заложенная в этот термин, отражает не только формальный правовой статус, но и показывает, какие отношения должны складываться в ходе функционирования рассматриваемой сферы, определяются основные права и обязанности медицинских работников и пациентов, уделяется внимание включению права на медицинскую помощь в число неотъемлемых.
3. Обозначение рамок понимания административной ответственности применительно к сфере охраны здоровья граждан позволяет определить административную ответственность организаций здравоохранения и частнопрактикующих врачей, являющихся физическими лицами, не только как наложение предусмотренных Кодексом об административных правонарушениях и законами субъектов Федерации санкций за нарушение медицинских норм и правил поведения в лечебных учреждениях, но и как обеспечение правомерного

функционирования рынка медицинских услуг в целом, а также как механизм, позволяющий удовлетворять социально-экономические интересы общества в рассматриваемой сфере;

4. Отказ от принятия проекта ФЗ о совершенствовании административной ответственности, который предусматривал внесение изменений и дополнений в КоАП РФ по рассматриваемой в работе теме. Инициаторы законопроекта предлагали введение административной ответственности за нарушение установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти порядков оказания медицинской помощи, за отказ от оказания медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за нарушение права гражданина на добровольное информированное согласие о проведении медицинского вмешательства и др. Изменения позволили бы актуализировать и значительно конкретизировать случаи назначения административной ответственности в рассматриваемой области, однако приняты не были.
5. Представляется нецелесообразным переход на систему одноканального финансирования системы здравоохранения, поскольку в настоящее время учреждения здравоохранения функционируют только благодаря двухканальной системе финансирования, при которой незначительная часть средств поступает из бюджета, а большая часть поступает из фонда ОМС, тем не менее недостаточное количество страховых взносов не позволяет государству полностью выйти из указанных правоотношений.

Решением для борьбы с неэффективностью контролирующих структур, проверяющих качество оказываемой медицинской помощи, может стать развитие саморегулируемых организаций в РФ. На примере зарубежных стран подобная модель способствовала бы снижению коррупционной и бюрократической составляющей при сохранении или

даже повышении уровня профессионализма медицинских работников, участвующих в выработке нормативной базы.

- б. Медицина катастроф – относительно новое направление, получившее в последние годы стремительное развитие. Особый импульс указанной области был получен при учреждении Национального медико-хирургического Центра имени Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации в качестве органа повседневного управления Всероссийской службы медицины катастроф на федеральном уровне, а также центрального подразделения Службы медицины катастроф Минздрава России, что было закреплено в постановлении Правительства РФ от 12 октября 2020 г. № 1671.

Вопрос о параллельном сосуществовании структур гражданской обороны и медицины катастроф в настоящее время решен, создана единая Служба медицины катастроф, что позволило устранить вопрос удвоения органов управления и решения схожих задач двумя различными системами.

Проблема обеспечения готовности сил и средств здравоохранения к работе в условиях вооруженных конфликтов требует повышенного внимания. В нынешней ситуации необходимо применение качественно нового подхода к системе распределения учреждений здравоохранения по территории страны и видов медицинской помощи, которые могут быть в них оказаны.

Библиография

Список использованной литературы

1. Алексеев С.С. Общая теория права. В 2-х т, Т. 2. / С.С. Алексеев. М.: Юридическая литература. 1981. 359 с.
2. Алехин А.П. Кармолицкий А.А. Административное право России. Особенная часть: Учебник для вузов. / А.П. Алехин, А.А. Кармолицкий - М.: Зерцало-М. 2019. 302 с.
3. Ашхотова Л.А. Административная ответственность в сфере здравоохранения. // Краснодарский университет МВД России.
4. Беляева О.В. Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство в свете практики судов Российской Федерации и Европейского суда по правам человека // Медицинское право: теория и практика. 2018. Т.4. N2(8). С.13-20.
5. Бондаренко Д.В. К вопросу о юридической ответственности медицинских работников // Медицинское право. 2006. № 4. С. 41–46.
6. Братановский С.Н. Государственное управление: понятие, социальная сущность // Вестник Евразийской академии административных наук. 2011. № 3.
7. Братановский С.Н., Братановская М.С. Административное право: Учебник. / С.Н. Братановский; М.С. Братановская. М., 2016. 499 с.
8. Брэбан Г. Французское административное право: Пер. с фр./Под ред. и со вступ. ст. С. В. Боботова. М.: Прогресс, 1988. 488 с.
9. Будкевич Л.И., Розинов В.М. Трагедия в Башкирии – истоки становления современной комбустиологии детского возраста в Службе медицины катастроф // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2015. Т.5. №.1.
10. Войтенков Е.А. Становление и развитие основ государственного управления и законодательства в сфере здравоохранения в Российской империи: теоретические и историко-правовые аспекты // История государства и права. 21. 2014.

11. Волков А.М. К вопросу о субъектах административного права // Вестник МФЮА. 2016. № 1.
12. Воробьев Ю.Л., Акимов В.А., Соколов Ю.И. Системные аварии и катастрофы в техносфере России. / Ю.Л. Воробьев, В.А. Акимов, Ю.И. Соколов. М.: ФГБУ ВНИИ ГОЧС (ФЦ). 2012.
13. Гончаров С.Ф. Всероссийская служба медицины катастроф: создание, задачи, организация, режимы функционирования: Пособие для врачей / М.: Всерос. центр медицины катастроф "Защита". 2000. 69 с.
14. Гончаров С.Ф., Бабий Б.В. Медицина катастроф. Организация медицинской защиты населения при чрезвычайных ситуациях. // Стратегия гражданской защиты: проблемы и исследования. 2012. Т. 2. № 2(3) С. 590-598.
15. Гончаров С.Ф., Баранова Н.Н., Быстров М.В. Проблемные вопросы и необходимость подготовки руководителей медицинских организаций по вопросам медицины катастроф в системе непрерывного медицинского образования. // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2017. №2–3 (28–29).
16. Гончаров С.Ф., Простакишин Г.П., Сарманаев С.Х., Бызова В.Н., Седов А.В. Современный взгляд на проблему ликвидации медико-санитарных последствий химических чрезвычайных ситуаций. // Медицина катастроф. 2018. № 103(3).
17. Гончаров С.Ф., Бобий Б.В., Акиншин А.В. Служба медицины катастроф Минздрава России: основные итоги деятельности в 2019 г. и задачи на 2020 г. // Медицина катастроф. 2020. №1.
18. Глашев А.А. Медицинское право: практическое рук. для юристов и медиков / А.А. Глашев. Адвокат. палата г. Москвы, Науч.-исслед. фонд междунар. права. Москва: Волтерс Клувер. 2004. 193 с.
19. Глущенко А.Н. Административно-правовое регулирование охраны здоровья граждан в Российской Федерации: диссертация ... кандидата юридических наук: 12.00.14 / А.Н. Глущенко. Воронеж. 2016. 286 с.

20. Горовенко С.В. Административная ответственность за нарушение требований законодательства о получении информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство // Юридическая наука и правоохранительная практика. 2019. №2(48).
21. Данилов Е.О. К вопросу об ответственности за незаконное осуществление медицинской деятельности // Уголовная ответственность медицинских работников: вопросы теории и практики. Петрополис. 2017. С. 68-74.
22. Егоров К.В., Булнина А.С., Гараева Г.Х. и др. Медицинское право: Учебное пособие. / Статут. М. 2019. 139 с.
23. Ерохина Т.В. Государственное управление здравоохранением в Российской Федерации: автореферат дис. ... кандидата юридических наук: 12.00.14. Саратов. юрид. ин-т МВД РФ. Саратов. 2006. 27 с.
24. Ерохина Т.В. Органы управления здравоохранением Российской Федерации: историко-правовой аспект // Медицинское право. М.: Юрист. 2012. № 1 (41).
25. Иванишкина Ю.В., Шматова М.Б., Смирнов Д.В., Захарова Е.А. Исторический опыт деятельности медико-санитарной службы местной противовоздушной обороны СССР во время Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. // Медицина катастроф. 2022. №2.
26. Калачева Т. Л. Юридические лица: типы, виды, организационно-правовые формы: учеб. пособие / Т. Л. Калачева и др.; под ред. Т. Л. Калачевой. – Хабаровск: Изд-во Тихоокеан. гос. ун-та. 2018. 96 с.
27. Калашников С.В. Очерки теории социального государства. / С.В. Калашников. М.: Экономика, 2006. 362 с.
28. Качанова Н.А. Особенности проведения медицинской эвакуации пациентов в условиях временного ограничения на федеральном уровне полетов гражданской авиации, в том числе из-за рубежа // Медицина катастроф. 2022. №4.

29. Кизиллов В.В. Общая характеристика административно-правового статуса медицинского учреждения // 2005. 189 с. // СПС «Гарант» (дата обращения: 15.01.24.).
30. Киселёв А.С. Административная ответственность в области охраны здоровья граждан // Вестник МНЭПУ. М.: Изд-во МНЭПУ, 2010.
31. Комаров Ю. Опыт врачебного саморегулирования и самоуправления за рубежом // Национальная медицинская палата. URL: <https://nacmedpalata.ru/?action=show&id=278>. (Дата обращения 04.03.2024).
32. Комарова В.В. Право на жизнь в доктрине и в праве // Право и государство: теория и практика. 2013. №5. С. 46-49.
33. Комарова В.В. Социальная государственность России и право на охрану здоровья, медицинскую помощь // Право и государство: теория и практика. 2014. N 2(110).
34. Корф С.А. Административная юстиция в России. В 2-х томах. Т. 2. / С.А. Корф. СПб.: 1910. 507 с.
35. Лазарев Л.В. Комментарий к Конституции Российской Федерации // под общ. ред. Л.В. Лазарева. ООО "Новая правовая культура". 2009. СПС «Гарант» (дата обращения: 19.01.24.).
36. Лебедев А.В. Спасательные службы России: история создания и развития. // Стратегия гражданской защиты: проблемы и исследования. 2013. Т.3. №2(5).
37. Лисицын Ю.П. Трехединая медицина // Социология медицины. 2012. № 1(20).
38. Медведев А. Государственная поддержка предприятий: как получить деньги из бюджета. // Генеральный директор. 2015. № 10.
39. Механтьева Л.Е., Енин А.В. Служба медицины катастроф Воронежской области: история создания и становления // Медицина катастроф. 2022. №3.
40. Натаров А.А. Дудоров Т.Д. Ответственность за совершение медицинских правонарушений: основания и виды // Евразийская адвокатура. 2019. №2(39).

41. Нечаев Э.А. Всемирная медицина и катастрофы мирного времени / Э. А. Нечаев. М.: НИО Квартет. 1994.
42. Обухова О.В. Носова Е.А. Проблемы функционирования медицинских учреждений в условиях перехода на одноканальную систему финансирования. // Менеджер здравоохранения №8. 2011.
43. Олефиренко С.С., Люлько О.М., Золотарёва В.И., Буглак Г.Н. Вариант организации работы территориального центра медицины катастроф Республики Крым при угрозе одновременного совершения нескольких террористических актов // Медицина катастроф. 2022. №3.
44. Пантюхов А.П., Боровко И.Р., Соколов Ю.А. Основы медицины катастроф: курс лекций / А.П. Пантюхов, И.Р. Боровко, Ю.А. Соколов. Минск: БГМУ. 2012.
45. Петражицкий Л. И. Текст лекций / Императорский С.-Петербургский университет.
46. Печникова О.Г. Возникновение государственной медицины в России (историко-правовой аспект) // Медицинское право. М.: Юрист. 2009. № 3 (27).
47. Печников А.П., Печникова О.Г. Проблемы определения правового статуса медицинской организации (историко-правовой и гражданско-правовой аспекты) // Вестник Удмуртского университета. Экономика и право. 2012. Вып. 2.
48. Печникова О.Г. Организационно-правовые основы развития здравоохранения в СССР (60-90 гг. XX в.) / Московский городской университет управления Правительства Москвы. URL: <https://textarchive.ru/c-2108981-p55.html> (дата обращения: 05.02.24).
49. Писаренко Л.В., Гуменюк С.А., Потапов В.И. Особенности современных локальных войн и вооруженных конфликтов и проблемы оказания медицинской помощи населению в догоспитальном периоде // Медицина катастроф. 2022. №4.

50. Расаева Х. А. Юридические науки // Евразийский Научный Журнал №11. 2015.
51. Сальников В.П., Стеценко С.Г. Законодательная регламентация медицинской деятельности в России во время правления Петра I // Правоведение. 2001. N 4.
52. Сергеев Ю.Д., Канунникова Л.В. Ненадлежащее оказание медицинских услуг и факторы риска его распространения. // Медицинское право. 2007. № 4.
53. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учеб. комплекс: в 3 т./ Ю.Д. Сергеев. Т. 1. М. ГЭОТАР-Медиа. 2008. 777 с.
54. Соколовский М.К. Характер и значение деятельности Аптекарского приказа / Чл.-сотр. С.-Петербур. археол. ин-та М.К. Соколовский. – СПб. тип. П.П. Сойкина, 1904. - 32 с.
55. Стеценко С.Г. Дефекты оказания медицинской помощи: проблемы юридической квалификации и экспертизы // Российский следователь. 2002. № 5. С. 7–11.
56. Стеценко С.Г. Медицинское право. Учебник для юридических и медицинских вузов. / С. Г. Стеценко и др.; под общ. ред. проф. Н. Г. Гончарова. - Изд. 2-е доп. и перераб. М.: РМАПО, ЦКБ РАН, 2011. 567 с.
57. Сучков А.В. Правовые проблемы взаимоотношения медицинских работников и пациентов при совершении медиками профессиональных правонарушений // Вятский медицинский вестник. 2008.
58. Сырых В.М. Логические основания общей теории права: В 2 т. / В.М. Сырых; Ин-т законодательства и сравн. правоведения при Правительстве Рос. Федерации. - М.: Юстицинформ. 2000. 527 с.
59. Тихомиров А.В. Теория медицинской услуги и медицинского деликта: учеб.-науч. пособие./ А.В. Тихомиров. М. ЮрИнфоЗдрав. 2012. 109 с.
60. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., Альвианская Н.В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). // Вестник ВШОУЗ. Т.5 №4. 2019. С. 4-19.

61. Уткин Д.В. Административно-правовое регулирование предпринимательской деятельности в России: Дисс. канд. юрид. наук. / Д.В. Уткин. Моск. акад. МВД РФ. М., 2001. 191 с.
62. Федоров В.Д. К истории создания службы медицины катастроф в России // Медицина катастроф. 2010. №2.
63. Фисун А.Я. Гибридная война и медицина: от единого понимания сути к межведомственному взаимодействию // Медицина катастроф. 2022. №3.
64. Флоря В.Н. Рецензия на монографию члена-корреспондента РАМН, профессора Ю.Д. Сергеева и кандидата медицинских наук Ю.В. Бисюка «Ненадлежащее оказание экстренной медицинской помощи (экспертно-правовые аспекты). Научно-практическое руководство» // Медицинское право. 2008. № 3.
65. Хорошилов А.В. Причины организации федеральных и региональных органов службы медицины катастроф. // Вестник КемГУ. 2010. № 4.
66. Хорошилова Л.С., Хорошилов А.В. Служба медицины катастроф – элемент системы безопасности страны. // Вестник Кемеровского государственного университета. 2011. №1.
67. Чех О.И. Административно-правовое регулирование в сфере здравоохранения: монография. – М.: Юрлитинформ, 2017. – 157 с.
68. Чех О.И., Полякова С.В. К вопросу о сущности и содержании административно-правового регулирования в сфере здравоохранения // Проблемы права. 2017. № 1.
69. Шилюк Т.О. Административно-правовое регулирование в области здравоохранения: диссертация ... кандидата юридических наук: 12.00.14 / Т.О. Шилюк. Москва. 2010. - 232 с.
70. Яковлев К.Л. К вопросу о статусе Медицинского совета Министерства внутренних дел в дореформенной России. // Страницы истории правоохранительных органов. Труды Академии управления МВД России. 2014. № 1 (29).

71. Bruderlein, Claude & Leaning, Jennifer. New challenges for humanitarian protection. // BMJ (Clinical research ed.). 1999. URL: 10.1136/bmj.319.7207.430. (дата обращения 30.03.2024).
72. Dzhush M and Golovach I. Impact of Ukrainian-Russian war on health care and humanitarian crisis. // Disaster Med Public Health Prep. 17(e340). 1–3. URL: <https://doi.org/10.1017/dmp.2022.265>. (дата обращения 28.03.2024).
73. Gerdin M, Wladis A, von Schreeb J. Foreign field hospitals after the 2010 Haiti earthquake: how good were we? // Emerg Med J. 2013. URL: 10.1136/emmermed-2011-200717. (дата обращения 02.04.2024).
74. Getu, Samuel Befekadu & Tsegaw, Fisseha & Arcos González, Pedro & Castro Delgado, Rafael. Hospital Disasters Preparedness for Mass-Casualty Incidents at Emergency Units in Northwest of Ethiopia: A Cross-Sectional Study. // Prehospital and disaster medicine. 2023. URL: 10.1017/S1049023X23000365. (дата обращения 30.03.2024).
75. Guha-Sapir, Debarati & D'Aoust, Olivia. Demographic and Health Consequences of Civil Conflict. // 2011. P. 6. URL: https://www.researchgate.net/publication/278005301_Demographic_and_Health_Consequences_of_Civil_Conflict (дата обращения 29.03.2024).
76. Ingrassia, Pier Luigi & Mangini, Marco & Azzaretto, Massimo & Ciaramitaro, Ilenia & Costa, Laura & Burkle, Frederick & Della Corte, Francesco & Djalali, Ahmadreza. Hospital Disaster Preparedness in Italy: a preliminary study utilizing the World Health Organization Hospital Emergency Response Evaluation Toolkit. // Minerva anesthesiologica. 2016.
77. Kasselman, Nils & Willy, Christian & Domres, Bernd & Wunderlich, Robert & Back, David. (2021). Implementation of disaster medicine education in German medical schools -a nationwide survey. // GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34056068/> (дата обращения 20.03.2024).
78. Leaning J. The dilemma of neutrality. // Prehospital Disaster Med. 2007. URL: 10.1017/S1049023X00005148.

79. Richter-Kuhlmann E. Masterplan Medizinstudium 2020: Auf in eine neue Runde. // URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/204286/Masterplan-Medizinstudium-2020-Auf-in-eine-neue-Runde> (дата обращения: 21.03.2024).
80. Shin, Heejun & Hertelendy, Attila & Hart, Alexander & Tin, Derrick & Issa, Fadi & Hata, Ryan & Ciottone, Gregory. Terrorism-Related Attacks in East Asia from 1970 through 2020. // Prehospital and disaster medicine: the official journal of the National Association of EMS Physicians and the World Association for Emergency and Disaster Medicine in association with the Acute Care Foundation. 2023. URL: 10.1017/S1049023X23000109. (дата обращения 29.03.2024).
81. Söderin, Louise & Agri, Joakim & Hammarberg, Elsa & Lennquist-Montán, Kristina & Montan, Carl. Hospital preparedness for major incidents in Sweden: a national survey with focus on mass casualty incidents. // European Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2022. URL: 10.1007/s00068-022-02170-z. (дата обращения: 21.03.2024).
82. Weissman F. Liberia: can relief organizations cope with the warlords? // Médecins sans Frontières. World in crisis: the politics of survival at the end of the twentieth century. London. 1997.
83. Крымский республиканский центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи: Сайт. URL: <https://03rk.ru/o-tsentre/istoriya/> (дата обращения: 22.03.2024).
84. Журнал «Ремедиум»: ежемесячный специализированный информационно-аналитический журнал о рынке лекарств и медицинской технике. // Ремедиум. URL: <https://remedium-journal.ru/journal> 2009. № 8-9.
85. Резолюция I (XVII) Всероссийского Пироговского съезда врачей, Москва, 23-25 ноября 1995 года // Материалы съезда. – М.: Мед. газ., Б. г. (1997). – 254 с.
86. Статистика по уровню медицинского обслуживания в разных странах мира Health Care Index for Country by Numbeo // NUMBEO. URL: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp (дата обращения: 25.02.2024).

Список нормативных правовых актов

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года) (с поправками от 30 декабря 2008 г., 5 февраля, 21 июля 2014 г., 14 марта 2020 г.) // Российская газета. 2020.
2. «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 N 195-ФЗ. // «Российская газета». N 256. 31.12.2001.
3. "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)" от 30.11.1994 N 51-ФЗ (ред. от 11.03.2024) // "Российская газета", N 238-239, 08.12.1994.
4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024). // "Российская газета", N 263, 23.11.2011.
5. Федеральный закон от 21.12.1994 № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» // Собрание законодательства РФ. 1994. N 35. ст. 3648.
6. Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». // «Собрание законодательства РФ». 05.04.1999. N 14. ст. 1650.
7. Федеральный закон от 30.03.1995 N 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» // «Собрание законодательства РФ». 03.04.1995. N 14. ст. 1212.
8. Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // «Ведомости СНД и ВС РФ». 20.08.1992. N33. ст. 1913.
9. Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 N 608 "Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации"// "Собрание законодательства РФ", 25.06.2012, N 26, ст. 3526.
10. Постановление Правительства РФ от 03.05.1994 N 420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными

- бедствиями, авариями и катастрофами» // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 02.02.2024).
11. Постановление Правительства РФ от 12 октября 2020 г. № 1671 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 3 мая 1994 г. N 420». // Собрание законодательства РФ. 2020. N 42 (часть III). ст. 6634.
 12. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» // «Собрание законодательства РФ». 24.11.2008. N 47. ст.5489.
 13. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» // "Собрание законодательства РФ". 24.11.2008. N 47. ст. 5489.
 14. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 N 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» // "Собрание законодательства РФ". 24.11.2008. N 47. ст. 5489.
 15. Приказ Минздрава России от 19.08.2016 N 614 // «Администратор образования». N 20. 2016. // СПС "КонсультантПлюс" (дата обращения: 07.02.2024).
 16. Санитарно-эпидемиологические правила и нормы, СанПиН 2.3/2.4.3590-20, «Санитарно-эпидемиологические требования к организации общественного питания населения». // Утверждены Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации. 27.10.2020. N 32.
 17. Законопроект № 580179-8 О внесении изменений в Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и статью 1 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей" (в части

- уточнения понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга» // СПС «Гарант» (дата обращения: 25.01.24.).
18. Проект Федерального закона № 1093620-6 «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях в части совершенствования административной ответственности в сфере здравоохранения» // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 17.02.2024).
19. Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации (принят Первым национальным съездом врачей РФ 5 октября 2012 г.) // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 24.02.2024).
20. Декрет Совета Народных Комиссаров. О Народном Комиссариате Здравоохранения (Положение). 18 июля 1918 года // Известия Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета Советов от 21 июля 1918 года, № 153. (7). Собрание узаконений и распоряжений рабочего и крестьянского правительства за 1917-1918 гг. — М., 1942.
21. Указ Петра I от 14 августа 1721 года "Об учреждении в городах аптек под смотрением Медицинской Коллегии, о вспомоении приискивающим медикаменты в Губерниях, и о бытии под надзором упомянутой Коллегии госпиталям" // История РФ. URL: <https://histrf.ru/read/articles/ukaz-pietra-i-ob-otkrytii-piervykh-chastnykh-aptiek-v-rossii-event?ysclid=lusx2170av620906836> (дата обращения: 05.02.24).
22. Постановление Государственного совета от 13 июля 1962 года по делу Национального совета корпорации врачей // Брэбан Г. Французское административное право: Пер. с фр./Под ред. и со вступ. ст. С. В. Боботова. М.: Прогресс, 1988. 488 с.

Список материалов судебной практики

1. Определение Конституционного Суда РФ от 03.04.2014 N 686-О "По жалобе гражданина Шапкина Александра Михайловича на нарушение его конституционных прав статьями 6.1, 6.2 и 6.7 Федерального закона "О государственной социальной помощи" и статьями 15, 16, 151, 1064, 1069 и 1071 Гражданского кодекса Российской Федерации". // "Собрание законодательства РФ", 02.02.2015, N 5, ст. 877.
2. Определение Якутского УФАС России от 25.01.2019 по делу N 014/05/7-08/2019 «О возбуждении производства по делу по признакам нарушения законодательства Российской Федерации о рекламе» // СПС «КонсультантПлюс» (дата обращения: 24.02.2024).