УДК 342.02

Истомин А. Е.

ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА ГРАЖДАН НА ЗДОРОВЬЕ (СРАВНИТЕЛЬНО-ПРАВОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИИ И США)

Istomin A.

PROBLEMS OF EXERCISING THE CONSTITUTIONAL RIGHT OF CITIZENS TO HEALTH (COMPARATIVE LEGAL CHARACTERISTICS OF THE LEGISLATION OF RUSSIA AND THE USA)

Введение

Актуальность темы исследования. Теоретически можно предположить, что право граждан на здоровье является обязательным правом во всех странах. Фактически же, только немного больше, чем в половине стран мира имеется некоторая степень гарантий права на охрану здоровья и медицинскую помощь для своих граждан, прописанное в их национальных конституциях.

Право на здоровье было признано и закреплено Организацией Объединенных Наций (ООН) в 1948 году в виде статей во Всеобщей декларации прав человека (Всеобщая декларация прав человека; Генеральная Ассамблея ООН, 1948 год)[1], а также было подтверждено в многочисленных последующих конвенциях. Статья 25 Всеобщей декларации прав человека устанавливающей, что все люди имеют право на здоровый уровень жизни, лечение и оказания помощи в случае болезни.

Впоследствии, множество международных соглашений сосредоточивались на правах конкретных групп населения и неоднократно включали право на здоровье. Например, Конвенция о правах ребенка (Генеральная Ассамблея ООН, 1989 года)[2], которую подписали все, кроме двух государств-членов ООН, и в которой была закреплена защита прав детей как «наивысшей достижимый уровень здоровья», а также право на лечение, когда они больны (статья 24). Точно так же, серия конвенций и деклараций, направленных на предотвращение дискриминации и поощрения равенства гарантировали право на охрану здоровья. Статья 25 Конвенции о правах инвалида (Генеральная Ассамблея ООН, 2006)[3] включает в себя обязательства по обеспечению справедливого и приемлемого по цене доступа к общественному здравоохранению.

В 1993 году, Конституция Российской Федерации[4] (далее – Конституция РФ), провозгласила права и свободы высшей ценностью, закрепив в роли государства

---

[1] Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // Российская газета. – 10.12.1998 г.

[2] Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 г.). Ратифицирована Постановлением ВС СССР 13 июня 1990 г. № 1559-1 // СПС Консультант Плюс.

[3] Конвенция о правах инвалидов (принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. N61/106) // СЗ РФ от 11.02.2013 г. – N6. – ст. 468.

[4] Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Собрание законодательства РФ. – 14.04.2014 .– № 15. – Ст. 1691.

обязанность признавать, уважать и защищать человека. В соответствии со статьей 41 Конституции РФ, к числу таких прав и свобод относятся право на здоровье и медицинское обслуживание, что предполагает, что граждане имеют право на бесплатную медицинскую в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, а также обязанность государства финансировать федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, для содействия деятельности по улучшению здоровья человека, развитие физической культуры и спорта, развитие мер по улучшению экологического и санитарно-эпидемиологического благополучия. Конституция РФ 1993 года устанавливает обязанность государства по созданию и развитию эффективной государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, которые является стабилизирующим фактором и залогом успешного развития страны.

Конституционные характеристики Российской Федерации, как социального государства (статья 7 Конституции РФ) направляет деятельность всех государственных органов, органов местного самоуправления и их должностных лиц для создания условий для достойной жизни и свободного развития человека. Для обеспечения высокого уровня жизни граждан государство направляет свою деятельность, прежде всего, на здоровье населения, и развитие факторов, способствующих продлению жизни и улучшению ее качества для каждого человека и общества в целом, а также на развитие систем здравоохранения, и на этой основе – гарантирующего каждому гражданину конституционные права на охрану здоровья.

Тем не менее, за последние 10–15 лет, в процессе формирования рынка медицинских услуг, качество медицинской помощи снизилось. Как следствие, наблюдается частые нарушения и несоблюдения прав граждан Российской Федерации на охрану здоровья, в частности, отказ от общего объема бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, в основном из-за отсутствия финансирования системы здравоохранения. В результате, граждане РФ должны самостоятельно оплачивать часть или всё своё лечение, а также приобретать лекарства, исходя из своих собственных средств.

Эта проблема усугубляется низким уровнем заработной платы медицинских работников, что вполне сопоставимо воспринимается как обесценивание работы врача; сокращение больничных коек в государственных медицинских учреждениях; значительное сокращение учреждений по подготовке и выпуску врачей и медсестер, сокращение часов обучения, а также количества бесплатных и контрактных мест в высших учебных заведениях и профильных государственных или муниципальных училищах. Все это приводит к неоспоримой актуальности изучения текущего состояния конституционных и законных прав граждан, обеспечения здравоохранение с точки зрения его содержания, смысла и реализации.

Для сравнения, научное исследование: «Конституционные права на здоровье, здравоохранение и медицинское обслуживание: состояние защиты здоровья в 191 странах», опубликованное международным журналом по исследованиям, политике и практике – «Глобальное здравоохранение»[5], показало, что граждане Соединенных Штатов Америки, как и многих других развитых стран, не имеют

[5] Хейман Д., Кассола А., Мишра Л. Конституционные права на здоровье, здравоохранение и медицинское обслуживание: состояние защиты здоровья в 191 странах. – URL: // http: www.tandfonline.com.

конституционного права на здравоохранение, что совершенно не мешает им занимать лидирующие места по продолжительности жизни человека, а также качества жизни своих граждан.

Данное исследование показало, что только в 73 странах-членов Организации Объединенных Наций гарантируется право на оказание медицинской помощи и 27 стран стремились защитить это право в 2011 году.

Согласно вышеуказанному исследованию, бесплатная медицинская помощь была конституционно закреплена и обеспечена только в девяти процентах стран мира. В 2011 году только тринадцать процентов конституций мира гарантировало право детей на охрану здоровья и медицинской помощи, в то время как лишь шесть процентов стран гарантировало его для инвалидов и пять процентов стран для пожилых людей и социально и экономических обездоленных групп населения[6].

Степень научной разработанности темы. При проведении исследования учитывались выводы и положения, нашедшие отражение в трудах многих ученых-юристов, в том числе в области конституционного права. В первую очередь к ним необходимо отнести работы таких авторов, как С. А. Авакьян, М. В. Баглай, Г. В. Барабашев, Д. Н. Бахрах, И. И. Веремеенко, А. П. Герасимов, Б. П. Елисеев, С. Э. Жилинский, Д. Л. Златопольский, А. П. Коренев, В. М. Курицын, О. Е. Кутафин, Н. А. Михалева, А. А. Мишин, Ю. А. Тихомиров, Г. Н. Чеботарев, В. С. Чернявский, В. Е. Чиркин и др.

Вопросами организации охраны здоровья и оказания медицинской помощи активно занимались и занимаются не только правоведы. Большое значение для анализа выбранной темы диссертации имеют научные труды специалистов в области организации и истории российской и советской медицины (О. Ю. Александровой, Ф. Е. Вартаняна, Н. Ф. Герасименко, Ф. Н. Кадырова и др.), а также социальной гигиены и организации здравоохранения (В. В. Гришина, В. З. Кучеренко, Б. В. Петровского, Е. Н. Савельевой, В. И. Стародубова, Ю. Л. Ильченко и др.), в работах которых большое внимание уделяется вопросам улучшения профилактической, лечебно-диагностической и санитарно-гигиенической деятельности, реорганизации организационно-управленческих структур, качества медицинской помощи, формированию и обеспечению системы государственных гарантий в сфере здравоохранения, становлению и функционированию системы обязательного медицинского страхования. В последнее время в юридической науке наблюдается рост интереса к изучению конституционно-правовых вопросов регулирования сферы здравоохранения. При проведении диссертационного исследования были изучены работы Г. В. Балашовой, Д. С. Велиевой, С. А. Дюжикова, Н. В. Косолаповой, А. Б. Литовки и др. Однако, учитывая комплексный, системный характер темы диссертации и ее многогранность, многие вопросы, касающиеся природы, содержания и обеспечения реализации конституционного права граждан РФ на медицинскую помощь, остаются малоизученными и требуют дальнейшего исследования.

Объектом исследования являются конституционно-правовые проблемы реализации конституционного права граждан на здоровье в Российской Федерации

---

[6] Хейман Д., Кассола А., Мишра Л. Конституционные права на здоровье, здравоохранение и медицинское обслуживание: состояние защиты здоровья в 191 странах. – URL: // http: www.tandfonline.com.

и Соединенных Штатах Америки (сравнительно-правовая характеристика законодательства России и США) в рамках реализации права на подачу обращения (жалобы) в защиту прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации.

Предметом исследования служат нормативно-правовые акты и их корреляция с общепринятыми мировыми показателями, характеризующими уровень здоровья населения Российской Федерации и Соединенных Штатов Америки, а также используемые критерии для принятия актов, и правовые позиции Конституций РФ и Конституции США, по вопросам права граждан на здоровье.

Цель данной работы состоит в исследовании эффективности права граждан на здоровье и проблемы, связанные с реализацией этого права. В соответствии с поставленной целью в результате исследования необходимо было решить несколько задач:

1) изучить права граждан на здоровье в Российской Федерации и США;

2) раскрыть понятия конституционного права на здоровье в Российской Федерации по сравнению с США;

3) раскрыть общепринятые мировым сообществом критерии измерения здоровья граждан;

4) выявить отличительные черты права граждан на здоровье в Российской Федерации и США, а также нарушения прав и свобод человека и гражданина в этой области;

5) исследовать, в чём заключаются проблемы основных прав и свобод граждан на здоровье в Российской Федерации в сравнении с гражданами США, и предложить пути эффективного решения этих проблем.

Научная новизна исследования состоит в том, что в исследовании на основе комплексного анализа конституционного права граждан Российской Федерации на охрану здоровья и медицинскую помощь выявлены тенденции проводимых реформ в сфере здравоохранения, развития законодательного обеспечения сферы здравоохранения и его соответствия международно-правовым стандартам по вопросам защиты прав человека, охраны здоровья и окружающей среды, рассмотрены взаимосвязи указанного права с иными конституционными правами, акцентировано внимание на правовом регулировании платной медицинской помощи, роли системы здравоохранения, обязательного и добровольного медицинского страхования в механизме реализации конституционного права граждан на медицинскую помощь, а также изучена и проанализирована система гарантий и защиты указанного конституционного права.

Проведенное исследование позволило сформулировать и обосновать следующие основные **теоретические положения**:

1. Уточнено содержание конституционного права граждан на медицинскую помощь в Российской Федерации как комплекса закрепленных и защищаемых государством правомочий гражданина, выражающихся в его возможности получить качественное и квалифицированное диагностическое обследование, лечение, реабилитационную терапию и профилактические мероприятия в лечебно-профилактическом учреждении по своему выбору, с учетом гарантированного Конституцией и законодательством РФ объема оказания бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

2. Подчеркивается главенствующая роль отношений по охране и укреплению здоровья человека в системе объектов конституционного права граждан на медицинскую помощь в РФ, обусловленное его важным социальным значением для государства, что требует более глубокого и детального изучения и развития вопросов укрепления здоровья населения со стороны органов и должностных лиц публичной власти.

3. Конституционная природа права граждан РФ на медицинскую помощь выражается не только в форме закрепления – прямое указание в тексте Конституции РФ, не только в том, что это право находится в тесной взаимосвязи с иными основополагающими личными и социальными конституционными правами человека в Российской Федерации, но и в специфике материального содержания конституционных правоотношений по поводу реализации и защиты права на получение медицинской помощи в Российской Федерации и подтверждается реализацией посредством указанного права такой социально значимой конституционной ценности, какой является здоровье каждого человека.

4. Анализ конституционно-правовых актов ряда зарубежных стран позволяет сделать вывод, что конституционное право граждан РФ на медицинскую помощь, закрепленное в Конституции Российской Федерации 1993 г., соответствует всем современным мировым тенденциям в сфере правового обеспечения охраны здоровья человека, что выражается, прежде всего, в создании действенного юридического механизма защиты и реализации указанного права, а также в ориентировании политики государства на обеспечение и развитие здравоохранения страны.

5. Отражены недостатки системы обязательного медицинского страхования граждан в обеспечении реализации конституционного права граждан РФ на медицинскую помощь в рамках государственной и муниципальной систем здравоохранения, вследствие чего существенное значение в качестве дополнительной гарантии реализации указанного конституционного права приобретает развитие законодательного и нормативного регулирования частного сектора здравоохранения и добровольного медицинского страхования, а также усовершенствование механизма финансирования лечебных учреждений в системе обязательного медицинского страхования и контролируемое развитие платных медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

В ходе исследования применялся комплексный подход к рассмотрению изучаемых проблем. В первую очередь, исполнитель руководствовался положениями общей теории государства и права, и теории конституционного права, а также общепринятыми экономическими показателями измерения здоровья населения и их корреляция с правом на здоровье.

Глава 1. Конституционные основы права граждан на здоровье в Российской Федерации

1.1 Право граждан на охрану здоровья, закреплённое Конституцией Российской Федерации

В Российской Федерации охрана здоровья граждан – это система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского характера, осуществляемых органами государственной власти и местного самоуправления,

организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

Права граждан РФ закреплены в статье 41 Конституции РФ[7], согласно которой:

1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

3. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом.

В части 1 статьи 41 Конституции РФ[8] признается право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь в соответствии со статьей 25 Всеобщей декларации прав человека[9] и статьей 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах[10], а также статьей 2 Протокола № 1 от 20 марта 1952 г. к Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод[11].

Согласно части 3 статьи 41 Конституции РФ[12] сокрытие должностными лицами любого уровня фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом. Сокрытие – это не только утаивание информации, но и распространение заведомо недостоверной, ложной информации о состоянии окружающей среды, санитарно-эпидемиологическом состоянии и других событиях, и обстоятельствах, угрожающих здоровью людей.

Граждане имеют право на регулярное получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохранению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом

---

[7] Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Собрание законодательства РФ.– 14.04.2014.– № 15. – Ст. 1691.

[8] Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Собрание законодательства РФ.– 14.04.2014.– № 15. – Ст. 1691

[9] Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // Российская газета.– 10.12.1998 г.

[10] Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Нью-Йорк, 19 декабря 1966 г.) // Сборник действующих договоров, соглашений и конвенций, заключенных с иностранными государствами. – М., 1978 г. – вып. XXXII. – с. 36.

[11] Протокол № 1 к Европейской конвенции по Предупреждению пыток и Бесчеловечного и Унижающего Достоинство Обращения или Наказания (Страсбург, 4 ноября 1993 г.). – URL: // http: conventions.coe.int.

[12] Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Собрание законодательства РФ. – 14.04.2014. – № 15. – Ст. 1691.

состоянии района проживания, рациональных нормах питания, о продуктах, работах, услугах, их соответствии санитарным нормам и правилам и др. Эта информация предоставляется местной администрацией через средства массовой информации или непосредственно гражданам по их запросам в порядке, устанавливаемом Правительством России, в соответствии со статьей 19 Закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»[13]. Ответственность за причинение вреда здоровью граждан предусматривается в разделе XII данного Закона.

Конкретные меры ответственности за причинение вреда здоровью граждан предусматриваются в различных отраслях законодательства. Так, административное законодательство предусматривает административную ответственность за нарушение правил по охране труда, санитарно-гигиенических и санитарно-противоэпидемических правил и норм, за выброс загрязняющих веществ в окружающую среду с превышением предельно допустимых концентраций, за сокрытие источника заражения венерической болезнью и контактов больных, создающих опасность заражения, и другие (глава 6 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях[14]).

Гражданское законодательство предусматривает материальную ответственность за причинение вреда здоровью. Гражданин (физическое лицо) или юридическое лицо в случае причинения вреда здоровью другого лица обязаны возместить вред в полном объеме. Причинивший вред освобождается от его возмещения только в одном случае: если докажет, что вред причинен не по его вине. Потерпевший также имеет право на компенсацию морального вреда (нравственных и физических страданий). Размер такой компенсации определяется судом в денежной сумме.

Глава 16 Уголовного Кодекса Российской Федерации[15] предусматривает уголовную ответственность, в том числе и для должностных, за преступления против жизни и здоровья: принуждение к изъятию органов или тканей человека для трансплантации, заражение ВИЧ-инфекцией, незаконное проведение искусственного прерывания беременности, неоказание помощи больному и иное.

Таким образом, права граждан Российской Федерации на охрану здоровья и получение бесплатной медицинской помощи получили не только своё конституционное закрепление, но и гарантии по их реализации в форме установления обязанности государства по созданию системы медицинских государственных и муниципальных учреждений здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений, финансированию федеральных программ охраны и укрепления здоровья населения, принятие мер по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощрение деятельности, способствующей укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому

[13] Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.05.2015) // Российская газета. – 23.11.2011. – № 263.

[14] Кодекс РФ об административных правонарушениях (ред. от 08.06.2015) // Российская газета. – № 256. – 31.12.2001.

[15] Уголовный Кодекс РФ от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 08.06.2015 г.) // Собрание законодательства РФ. – 17.06.1996. – № 25. – Ст. 2954.

благополучию. Одновременно с этим, Конституция РФ устанавливает конституционно-правовую ответственность в соответствии с федеральным законодательством должностных лиц за сокрытие фактов и обстоятельств, создающих угроз жизни и здоровья людей.

1.2. Правовая коллизия частей 1, 2 и 3 статьи 41 Конституции Российской Федерации

Проанализируем соотношение частей 1, 2 и 3 статьи 41 Конституции РФ[16] на соответствие друг другу. Сразу следует отметить, что указанные части данной статьи Конституции РФ находятся в прямом противоречии между собой.

В соответствии с частью 1 рассматриваемой статьи каждый гражданин Российской Федерации имеет право на получение бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счет средств соответствующего бюджета. Финансирование и развитие государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, что входит в обязанность государства, производится на основании действующих федеральных программ, что устанавливает часть 2 рассматриваемой статьи.

С 2006 года и по настоящее время в Российской Федерации действует Приоритетный Национальный Проект «Здоровье»[17], целями которого являются:

- Укрепление здоровья граждан.
- Повышение доступности и качества медицинской помощи.
- Развитие первичной медицинской помощи.
- Возрождение профилактического направления в здравоохранении.
- Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

В случае наличия обстоятельств, угрожающих жизни и здоровью людей, и их сокрытие влечет наложение ответственности на должностных лиц в соответствии с действующим федеральным законодательством.

Поясню данное противоречие на простых примерах.

Для начала возьмём заболевание, описанное ещё в XIX веке выдающимся русским врачом, общественным деятелем, основоположником русской клинической медицины – Сергеем Петровичем Боткиным (1832–1889)[18], по инициативе которого в 1860-х годах открывается Эпидемиологическое общество. В рамках работы этого общества русский врача-терапевт Сергей Петрович Боткин впервые в мире описал механизмы гепатита А, известного в народе как желтуха (болезнь Боткина)[19].

Современной медицине известно множество видов гепатита, включая гепатит С.

---

[16] Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Собрание законодательства РФ.– 14.04.2014.– № 15. – Ст. 1691.

[17] Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «Здоровье» (утверждены президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов (протокол № 2 от 21 декабря 2005 г.). – URL: https:// www.rost.ru

[18] 17 Сентября 1832 – родился Сергей Боткин, русский врач-терапевт. – URL: http://www.istpravda.ru

[19] 5 Русских врачей, изменивших мир. – URL: http://defendingrussia.ru (Дата обращения 22.05.2015 г.)

Согласно определению Интернет-Энциклопедии «Википедия»:

«Гепати́т С – антропонозное вирусное заболевание с парентеральным и инструментальным путем заражения. Гепатит С называют “ласковым убийцей” из-за способности маскировать истинную причину под видом множества других заболеваний». Прогноз заболевания – смертельный исход: «Сочетание гепатита С с другими формами вирусного гепатита резко утяжеляет заболевание и грозит летальным исходом. Лечение гепатита С – комплексное и схоже с терапией при гепатите В»[20].

Согласно части 1 статьи 41 Конституции РФ[21], устанавливающей, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений, гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, т. е. предполагается, что будет проводится лечение гепатита С и это лечение гарантируется частью 1 статьи 41 Конституции РФ.

Теперь посмотрим на клиническую и экономическую части лечения, согласно Интернет-Энциклопедии «Википедия»:

«Эффективность стандартного лечения не превышает 50–80 %, поэтому активно ведутся разработки новых препаратов и схем лечения. В частности, самые новые лекарства (по результатам клинических испытаний на май 2013 года) достигают эффективности 90–95 %. Новым классом препаратов для лечения HCV инфекции стали ингибиторы протеазы (Protease Inhibitors) – препараты, действие которых направлено непосредственно на вирус гепатита, с так называемым, прямым противовирусным действием, которые подавляют или блокируют ключевые внутриклеточные этапы размножения вируса. В настоящее время в США и ЕС одобрено использование двух таких препаратов – Телапревир (INCIVEK) и Боцепревир (ViCTRELIS). В России в 2012 первым был зарегистрирован Телапревир под коммерческим названием Инсиво. Однако стоимость новейших препаратов не позволяет говорить об их доступности для большинства населения РФ: по состоянию на март 2014 года 12-недельный курс Инсиво (Telaprevir) стоит $8000»[22].

А уже в октябре 2014 появился новый препарат, названный Харвони (Harvoni)[23], предназначенный для лечения гепатита С. Следует отметить, что процент полного вылечивания данным препаратом составил более 90 процентов больных, а стоимость самого лекарства 1000 (одна тысяча) долларов США за одну таблетку[24] и соответственно 90000 (девяносто тысяч) долларов США за рекомендованный трёх-месячный курс лечения, следует подчеркнуть, что девяносто тысяч долларов США, это стоимость только самого лекарства, а не лечения, в которое входят различного типа лабораторные исследования и наблюдение больного врачом. С поправкой на эти показатели стоимость лечения с 90 % выздоровлением от гепатита С

[20] Гепатит С. – URL: https://ru.wikipedia.org.

[21] Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Собрание законодательства РФ.– 14.04.2014.– № 15. – Ст. 1691.

[22] Гепатит С. – URL: https://ru.wikipedia.org.

[23] Харвони (Harvoni). – URL: http://www.gilead.com.

[24] Nicole Cutler L. Ac. – November 12, 2014 Harvoni Is Here: The Once-a-Day, Single Hep C Pill. – URL: http://www.hepatitiscentral.com.

(не осложнённого циррозом печени) составляет 150000 (сто пятьдесят тысяч) долларов США и 300000 (триста тысяч) долларов США для больных гепатитом С осложнённым циррозом печени[25].

Теперь самое время обратиться к части 3 статьи 41 Конституции РФ[26], согласно которой сокрытие должностными лицами любого уровня фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность должностных лиц в соответствии с федеральным законом. Сокрытие – это не только утаивание информации, но и распространение заведомо недостоверной, ложной информации о состоянии окружающей среды, санитарно-эпидемиологическом состоянии и других событиях, и обстоятельствах, угрожающих здоровью людей.

Для понимания концепции противоречия между частью 1 статьи 41 и частью 3 статьи 41 Конституции РФ[27] автор приводит лишь несколько дополнительных примеров широко распространённых заболеваний и названий препаратов для лечение этих заболеваний, а также стоимость этих препаратов. Ресурсом данных рекомендаций по лечению, и рекомендованным препаратам для лечения является международная база данных и рекомендаций, основанных на обзоре мировой научной литературы под названием «До настоящего времени»[28].

Заболевание:	**Название препарата и доза:**	**Месячная стоимость препарата в долларах США:**
Гиперлипидемия	Зетия (Zetia) 10 mg (30 таблеток)	258,34
Остеоартрит	Гель Соларейз (Solaraze) 3 % 100 гр	1981,42
Отит	Зимакс (Zmax) 2 g (1 доза на курс)	148,34
Мигрень	Ризотриптан (Rizotriptan) 10 mg (18 таблеток)	59,.55
Мигрень	Максалт (Maxalt) 10 мг (18 таблеток)	745,86
Пневмония	Зайвокс (Zyvox) 600 mg (20 таблеток) –10 дневный курс	3644,29

Следует отметить, что в средствах СМИ широко представлена ложная концепция, что дженерики и брендовые препараты являются идентичными по составу и их действию на организм и здоровье граждан, однако следует заметить, что во всём мире не существует ни одной научного исследования подтверждающей данную концепцию.

[25] Treatment of HCV Genotype 1. – URL: http://www.hepatitisc.uw.edu.

[26] Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Собрание законодательства РФ.– 14.04.2014.– № 15. – Ст. 1691.

[27] Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Собрание законодательства РФ.– 14.04.2014.– № 15. – Ст. 1691.

[28] «До настоящего времени».– 20.01.2024. – URL: www.uptodate.com.

На основании приведенных выше фактов мы видим три очевидные тенденции в обеспечении права на здоровье в Российской Федерации:

1. Негативную корреляцию между правом на здоровье граждан Российской Федерации и самими показателями здоровья.

2. Фактическое нарушение прав граждан Российской Федерации на обеспечение мер по охране здоровья и бесплатную медицинскую помощь, а счет средств соответствующих бюджетов и страховых взносов, закреплённых в Конституции РФ.

3. Очевидное противоречие между частями статьи 41 Конституции РФ, что ставит под сомнение возможность государственных органов и их должностных лиц по надлежащему соблюдению указанных в данной статье правил, а также выполнение возложенных данной статьёй Конституции РФ обязательств государством в области охраны здоровья, оказания медицинской помощи, развития системы учреждений здравоохранения, и проч.

1.3. Конституционное право граждан на бесплатную медицинскую помощь: проблемы реализации

Права и свободы человека являются высшей ценностью и согласно Конституции Российской Федерации их признание, соблюдение и защита – обязанность государства. К числу конституционно защищаемых ценностей относится и право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь как неотъемлемое и неотчуждаемое благо, принадлежащее человеку от рождения. На конституционном уровне гарантируется наличие в Российской Федерации бесплатной системы медицинской помощи – граждане Российской Федерации освобождаются от непосредственной платы за оказание бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, бремя финансирования возлагается на соответствующие бюджеты, страховые взносы и иные поступления.

Однако существуют проблемы, порождающие препятствия в реализации конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Социальные гарантии как обязательства государства, установленные Конституцией Российской Федерации, требуют законодательного закрепления. Социальное партнерство, социальная ответственность и социальная справедливость – на этом основано социальное государство.

Необходимое условие для появления социального государства – наличие гражданского общества, связанного общими идеями и взаимопониманием, нацеленного на стратегические цели социального и экономического развития. Такое общество в России пока формируется, и именно государство, провозглашающее себя социальным, должно обеспечить условия для его построения.

Внимание законодателя должно быть обращено на реализацию конституционных социальных прав и свобод граждан, конкретизирующих провозглашенный в ст. 7 Конституции Российской Федерации принцип социального государства, «политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека». Но пока в социальной сфере государство законодательно гарантирует лишь те права, которые в состоянии обеспечить в силу своих экономических возможностей.

Критику западных теоретиков конституционного права вызывают предусмотренные действующей Конституцией позитивные экономические и социальные

права, поскольку на Западе конституционные гарантии экономических и социальных прав формулируются не как субъективные права, а как принципы политики государства.

В сфере охраны здоровья граждан Российской Федерации ключевым законом являются Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. Под медицинской помощью в Основах понимается комплекс мероприятий, включая медицинские услуги, организационно- технические мероприятия, лекарственное обеспечение, направленные на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья.

Конституционная норма (ч. 1 ст. 41) была конкретизирована положениями ст. 20 в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан как гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам, который обеспечивается в соответствии с Программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Программа является подзаконным нормативным правовым актом, ежегодно пересматриваемым Правительством Российской Федерации. Именно указанная Программа является основным механизмом реализации конституционных прав граждан Российской Федерации на бесплатную медицинскую помощь в соответствующих учреждениях здравоохранения за счет государственных источников финансирования.

Абсолютно определенная по своей сути норма Конституции Российской Федерации о бесплатности медицинской помощи была дополнена положениями о Программе государственных гарантий в Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. По мнению А. Н. Пищита, это недопустимо как с точки зрения юридической техники, так и с позиций обеспечения прав граждан. Этими документами ограничивается объем медицинской помощи, который государственные и муниципальные медицинские учреждения должны оказывать бесплатно для населения за счет бюджетного финансирования.

Реализуя идеологию, закрепленную Программой государственных гарантий, государство переходит от содержания сети лечебно-профилактических учреждений к обеспечению граждан определенным набором услуг, т. е. перестает гарантированно содержать все мощности медицинских учреждений, а выкупает у них для граждан определенные, востребованные и обеспеченные финансами объемы помощи.

Следует учитывать, что в настоящее время состояние здоровья населения страны определяется как критическое. Беспрецедентное для мирного времени сокращение численности населения, падение рождаемости, рост смертности во всех возрастных группах, снижены показатели средней продолжительности жизни, уровень заболеваемости населения имеет тенденцию к росту. Вследствие естественной убыли число россиян за последнее десятилетие уменьшилось почти на 9 миллионов человек. Общий показатель смертности за период с 1999 по 2004 г. повысился до 16,4 на 1000 населения и был самым высоким в Европе. На 1 января 2005 г. численность постоянного населения Российской Федерации составила 143,5 миллиона человек, уменьшившись за 2004 г. на 0,7 миллиона человек в 76 субъектах Российской Федерации.

Порядок оказания медицинской помощи Конституцией Российской Федерации не конкретизирован, что в силу ее ст. 71 (п. «в») требует от федерального законодателя,

обязанного регулировать и защищать права и свободы человека и гражданина, установления в отраслевом законодательстве соответствующих эффективных правовых механизмов. Но подходы к решению задач защиты граждан в Российской Федерации согласно требованиям социальной справедливости не всегда находят адекватное отражение в действующем законодательстве.

Сегодня в действующее законодательство введено понятие «минимальный государственный социальный стандарт» (ст. 6 Бюджетного кодекса) и ведется речь лишь о государственных услугах и гарантированности государством их предоставления на минимальном уровне на всей территории Российской Федерации. Такой подход ухудшает положение населения, ориентирует на оказание социальных услуг населению только на минимально допустимом, т. е. предельно низком, уровне, а не на необходимом.

Концепцией реформирования межбюджетных отношений в Российской Федерации, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации 30 июля 1998 г. N 862, предполагается осуществлять создание социальной инфраструктуры, лишь минимально необходимой для реализации гарантий, установленных Конституцией Российской Федерации и федеральным законодательством. Согласно этой концепции, обязательным условием для выделения, например, средств ФРР на строительство учреждений социальной сферы является обеспечение минимальных нормативных потребностей населения региона по видам социальных услуг.

В этой связи необходимо отметить и Распоряжение Правительства Российской Федерации от 19 октября 1999 г. N1683-р, которым одобрена и рекомендована органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления методика определения нормативной потребности субъектов Российской Федерации в объектах социальной инфраструктуры. Так, например, планированию сети лечебно-профилактических учреждений предшествует анализ: минимально допустимого размера основной функциональной единицы для стационара, минимального размера функциональной лечебной единицы для амбулаторно-поликлинического отделения, минимальной функциональной лечебной единицы, возможности создания единых узкоспециализированных отделений для обслуживания детского и взрослого населения, единых подразделений для жителей города и приезжего населения, функционального объединения близких специальностей и профилей коек. Если при расчетах на уровне субъекта Российской Федерации развертывание коек по определенным специальностям не соответствует минимально допустимым мощностям лечебно-профилактических учреждений (отделений), то эти мощности должны планироваться в другом субъекте Российской Федерации.

И по мнению некоторых ученых, достойная жизнь характеризуется наличием минимального набора бесплатных для человека благ. При установлении нормативов их получения исходят «из возможностей, в том числе финансовых, государства и общества в предоставлении этих благ; соблюдения принципа фактического равенства в получении указанных минимальных благ. В сфере здоровья минимальным уровнем таких благ может быть объем медицинской помощи (в том числе профилактические мероприятия и медицинские услуги), предусмотренный в настоящее время программами государственных гарантий и предоставляемый гражданам бесплатно».

Территориальные программы оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, способствующие созданию единого механизма реализации соответствующих конституционных прав граждан, также рассматриваются «в качестве минимальных социальных стандартов».

Характеризуемая указанными комментариями достойная жизнь людей далека от реальности. Под достойной жизнью обычно понимают достойную материальную обеспеченность на уровне стандартов развитого общества, возможность обладать и пользоваться материальными и социальными благами современной цивилизации.

Тревожная негативная практика оказания бесплатной медицинской помощи порождена неправильным ключевым концептуальным подходом к формированию законодательства, обеспечивающим возможность реализации права на оказание бесплатной медицинской помощи.

В Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан внесены изменения вступившим с 1 января 2005 г. в силу Федеральным законом от 22 августа 2004 г. N122- ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».

Указанное реформирование перевело почти весь комплекс социальных функций с федерального на региональный уровень, что не сопровождалось изменением форм и методов регулирования социальных процессов и не подкреплялось передачей на места необходимых финансовых ресурсов.

Сейчас в федеральном законодательстве жестко разграничены полномочия и ответственность за социальную политику и финансирование здравоохранения в регионах возложена на органы государственной власти субъектов Российской Федерации – федеральный центр надеется заставить регионы самостоятельно решать проблемы социальной поддержки населения и охраны здоровья, изыскивая возможности финансового обеспечения. Однако здесь, по мнению специалистов, важно добиться равенства конституционных прав граждан на всей территории Российской Федерации, что достигается балансом принципов федерализма и регионального самоуправления.

Устранение федерального центра от выполнения большинства социальных функций на местах не означает отмены государственных социальных гарантий. Но снижение «ответственности государства, а социальные процессы, происходящие в нем, является ударом по авторитету государства в целом, потому что подрывает веру в социальную направленность государственной политики».

В соответствии со ст. 135 Федерального закона N 122-ФЗ внесены изменения в Федеральный закон от 18 июня 2001 г. N 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации». Оказание гражданам противотуберкулезной помощи в соответствии с принятыми изменениями осуществляется не на основе принципа бесплатности (в прежней редакции), а в объемах, предусмотренных Программой. Программа же реализуется на территориях через

территориальные программы, которые финансируются на разных территориях по-разному. В 2004 г., например, только в 12 субъектах Российской Федерации территориальные программы государственных гарантий были в достаточной мере обеспечены финансовыми средствами. В 48 субъектах Российской Федерации дефицит финансовых средств превышал 20 %.

Таким образом, при недостаточном финансировании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам конкретного субъекта Российской Федерации бесплатной медицинской помощи могут возникать ограничения необходимому объему оказания медицинской помощи больным туберкулезом. Это приведет к ухудшению и так неблагоприятной обстановки по туберкулезу: в стране сейчас зарегистрировано 118924 больных с впервые выявленным активным туберкулезом (83 на 1000 тысяч населения, для сравнения в Дании, Германии – 7 на 1000 тысяч, Швеции – 4, Великобритании – 10, Польше – 25, Болгарии – 39). Из прав лиц, находящихся под наблюдением в связи с туберкулезом и больных туберкулезом, исключены права на бесплатный проезд на транспорте общего пользования городского и пригородного сообщения при вызове или направлении на консультации в медицинские противотуберкулезные организации. Это также вряд ли будет способствовать улучшению обстановки, особенно в сельской местности.

Из полномочий Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза выведены полномочия по обеспечению экономических, социальных и правовых условий для предупреждения распространения туберкулеза. Но туберкулез является социально значимым заболеванием, а решать проблему социально значимых заболеваний может только государство в целом, влияя на экономические, социальные и правовые условия жизни людей. Отказ государства на федеральном уровне влиять на социальные условия жизни людей, перераспределение ответственности за мероприятия по оказанию медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, на органы государственной власти субъектов Российской Федерации приведет к ухудшению ситуации с этими заболеваниями. И дело не только в том, что в бюджетах субъектов Российской Федерации нет денег, чтобы лечить это заболевание, – отдельно взятый субъект Российской Федерации, каким бы богатым он ни был, не может влиять на обстановку в целом в стране.

Никто не может ограничить конституционное право гражданина на свободное передвижение, выбор места пребывания и жительства. Больные с социально значимыми заболеваниями могут переезжать в регионы с лучше финансируемой системой социальной поддержки. Приток в регионы социально неблагополучных граждан, а именно они чаще всего имеют социально значимые заболевания, вряд ли хорошо отразится на развитии этих регионов. На уровне субъектов Российской Федерации в реализации Территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи сейчас принимает участие 17 тысяч медицинских организаций различных типов и уровней подчинения: больничные учреждения, клиники и диспансеры – 46 %, амбулаторно-поликлинические учреждения – 28 %, прочие учреждения – 15 %, учреждения охраны материнства и детства – 3 %, санаторно-курортные учреждения – 3 %, учреждения скорой медицинской помощи – 2 %.

К группе с высоким уровнем реализации территориальных программ отнесено 15 территорий (16 %); к группе с низким уровнем реализации отнесено 27 территорий (30 %). Все типы медицинских организаций, расположенных в сельской местности, не в полной мере финансируются из средств системы ОМС. Значительная дифференциация размеров государственного финансирования здравоохранения в субъектах Российской Федерации достигает иногда 12-кратного размера, что обусловливает существенные отличия реальной доступности и качества медицинской помощи в разных субъектах Российской Федерации, а также в городе и на селе. В Дагестане, например, подушевой норматив финансирования в расчете на 1 человека составляет 1186 рублей, в Чукотском же автономной округе – 20 513 рублей.

Две трети объема массовой медицинской помощи оказывается на муниципальном уровне, в собственности которой находится до 80 % всех лечебно-профилактических учреждений. Укомплектованность первичного звена здравоохранения составляет 56 % при среднем возрасте врачей 52 года. Обеспеченность врачебными кадрами в городе составляет 52, в сельской местности – 12 на 10 тысяч населения. В сельской местности укомплектованность врачами поликлинического педиатрического звена – до 50 %. Из 604 тысяч врачей в стране – участковых врачей 56 тысяч, т. е. менее 10 %.

Что касается количественных обязательств консолидированного бюджета в области здравоохранения, то на реализацию Программы, например, в 2004 г. израсходовано 435 млрд рублей из государственных источников финансирования, что составило 90,7 % от всех расходов на систему здравоохранения в целом (479 млрд рублей). Дефицит финансирования Программы государственных гарантий в 2004 г. в Российской Федерации – 48 млрд рублей, что составило 10 % от расчетной потребности. В системе обязательного медицинского страхования работали 53 % медицинских организаций. Расчетная стоимость базовой программы обязательного медицинского страхования в 2004 г. составила 273 млрд рублей. Фактически израсходовано 186 млрд рублей из средств системы ОМС (68 % от потребности).

Но всем известные проблемы отечественного здравоохранения, не позволяющие гражданам получать медицинскую помощь в надлежащем объеме, не могут быть решены лишь увеличением бюджетного финансирования.

До 2000 г. нереформируемая система «скорой медицинской помощи» включала в себя свыше 3000 станций и отделений «скорой медицинской помощи», в которых работали около 20 тыс. врачей и свыше 70 тыс. средних медицинских работников. Почти в 60 % случаев служба «скорой медицинской помощи» выполняет несвойственные ей функции, подменяя обязанности амбулаторно-поликлинической службы по оказанию помощи на дому и транспортировке больных. Значительное количество выездов бригад «скорой медицинской помощи» к больным, нуждающимся в экстренном поддержании жизненных функций, на места происшествий выполняется несвоевременно.

В новой реальности материальная база здравоохранения оказывается избыточной и нерациональной, потребляющей: на первичное звено – 20 %, на скорую медицинскую помощь – 60 % всех средств здравоохранения (более половины консолидированных средств, выделяемых на стационарную помощь, используется для оплаты коммунальных услуг и содержания зданий и сооружений). При такой

структуре расходов собственно на лечение расходуется менее 20 % выделяемых денежных средств. Диспропорции в объемах финансирования ограничивают возможность внедрения современных ресурсосберегающих технологий.

Следует отметить, что у медицинских работников «скорой медицинской помощи» несмотря на «экстренность» службы, отсутствуют социальные гарантии, предусмотренные законодательством для сотрудников правоохранительных органов, сотрудников службы спасения и других категорий лиц. Не способствует повышению престижа службы и низкий уровень оплаты вынужденной переработки.

Ситуация, когда врач «скорой медицинской помощи», работающий в экстремальных условиях, вынужден под угрозой юридической ответственности постоянно находить «точку равновесия» между нормативными актами, реальным потенциалом лечебно-профилактического учреждения, требованиями больного и собственными возможностями, недопустима.

Одной из причин декларативности конституционного право граждан на бесплатную медицинскую помощь является переориентация государственных и муниципальных учреждений здравоохранения на работу по оказанию платных медицинских услуг. Правомерность и социальная олезность действия или события в настоящее время все больше оцениваются через его соответствие Конституции Российской Федерации. Содержание же правового регулирования в сфере оказания платной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения было предопределено определением Конституционного Суда Российской Федерации от 6 июня 2002 г. N 115-О «Об отказе в принятии жалобы гражданки Мартыновой Евгении Захаровны на нарушение ее конституционных прав пунктом 2 статьи 779 и пунктом 2 статьи 782 Гражданского кодекса Российской Федерации», в соответствии с которым включение в механизм правового регулирования отношений, возникающих в связи с оказанием платных медицинских услуг, норм гражданского законодательства не противоречит ч. 1 ст. 41 Конституции, а напротив, направлено на их обеспечение и создает необходимую правовую основу предоставления гражданам платной медицинской помощи.

Поскольку деятельность по оказанию платной медицинской помощи российское законодательство относит к предпринимательской деятельности, осуществляемой под публичным контролем, то, оказывая платные медицинские услуги, государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, становятся компонентой уже не государственной и муниципальной, а частной системы здравоохранения. Принимая во внимание комментарий к указанному определению, необходимо отметить, что, видимо, с точки зрения ответственности государства, призванного и способного обеспечивать надежную социальную защиту всех социальных групп и слоев, недостаточно рассматривать лишь «молчаливую» форму Конституционного Суда Российской Федерации при вынесении указанного определения, как соответствующее косвенное решение.

Очевидно, предполагалось законодательное существование определенных жестких границ для свободы усмотрения государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в части оказания ими платных медицинских услуг. Однако, по данным Минздравсоцразвития России, с 2000 по 2004 г. расходы населения на платные услуги выросли с 27 до 87 млрд рублей. Финансирование

оказания медицинской помощи в значительной мере переносится на работодателей и самих граждан.

Происходит нерегулируемое замещение государственных расходов частными, снижение качества бесплатной медицинской помощи. В наибольшей степени от этого страдают малообеспеченные слои населения, неравенство возможностей увеличивается.

По имеющимся данным, четверть россиян имеет доходы ниже прожиточного минимума, 12–13 % взрослого населения относятся к группе чрезвычайно бедных, а 25–28 % находятся на грани нищеты.

По мнению социологов, прослеживается тенденция, что люди с низким уровнем доходов гораздо чаще, по сравнению с другими слоями общества, вынуждены отказываться от различных видов медицинской помощи из-за нехватки денежных средств. Способность людей воспользоваться советами лечащего врача часто оказывается связанной с уровнем их материальной обеспеченности.

Так, «среди пациентов, характеризующихся наиболее выраженной депривацией, более трети отмечают, что после посещения врача плохо себе представляют, что следует делать для решения своей проблемы со здоровьем, тогда как доля таких людей среди обеспеченных горожан составляет лишь около 17 %. При приеме малоимущих пациентов врачи часто не в состоянии оказать им реальную профессиональную помощь. По сути дела, получается, что медицинская помощь организована таким образом, что людям, наиболее в ней нуждающимся, труднее всего ее получить.

В сфере правового регулирования здравоохранения центральная фигура – всегда пациент, являющийся не просителем, а носителем безусловного права. Сегодня больной – не просто пациент, он имеет право знать все о своей болезни, об альтернативных способах лечения, о рисках и последствиях того или иного метода лечения, выбирать врача, оценивать его работу, в том числе и подавая судебные иски по возмещению всех видов ущербов. И ущемление пациента в праве на бесплатную медицинскую помощь является нарушением действующего законодательства на самом фундаментальном конституционном уровне. Следует учитывать, что люди сегодня требуют от российского здравоохранения высоких «европейских» стандартов, повышения качества медицинской помощи, основанной на последних достижениях науки.

Конституционные гарантии, выступая в качестве руководящих идей, распространяются не только на правоприменение, но и на правотворчество. Провозглашение в Конституции Российской Федерации позитивных социальных прав обязывает государство обеспечить реализацию этих прав, но очевидно, что эта задача выполнима в меру экономических возможностей государства. Определить же эту меру может лишь российский парламент, на который, по Конституции, возложено принятие федерального бюджета, решение иных принципиальных публичных вопросов. В основе парламентских решений всегда лежат проекты Правительства Российской Федерации, с которого не может быть снята ответственность за результаты этих решений. Выход следует искать не в сложившихся отношениях, получивших развитие в кризисных условиях, а на пути четкого разграничения сферы платных и бесплатных медицинских услуг.

Правовая база – это в первую очередь организационно-правовые формы медицинских организаций, законодательно определенный набор их прав и обязанностей в экономическом обороте.

Практика доплат на услуги государственного здравоохранения, на деле уже оплаченных из бюджета, подорвала финансовую основу рынка частных медицинских услуг, на котором те же услуги должны были оцениваться по полной стоимости. Государственный сектор не дал ей развиться, а сам перехватил ее функции. Например, доля частных расходов в России составляет сегодня 24 %, в Ирландии – 24 %, во Франции – 22 %, в Швеции – 17 %, США – 56 %.

Сегодня отчетливо выделяются области медицины, на оплату которых нет бюджетных средств. Если части структурных подразделений будут предоставлены права юридических лиц, будут четко определены их компетенция, ответственность, это позволит разграничить источники их финансирования на основе юридической реструктуризации лечебных профилактических учреждений.

Возможно, формы реализации соответствующих конституционных прав граждан необходимо рассматривать в общем русле реализации конституционных принципов социального правового государства в новых условиях социально-экономического и политического развития страны, но совершенно очевидно, что рыночные отношения в социальной сфере, тем более в такой гуманной области, как здравоохранение, должны быть ограничены.

Полагаем, что действующее законодательство в части реализации конституционных прав граждан Российской Федерации на бесплатную медицинскую помощь нуждается в совершенствовании по ряду направлений: определенный объем оказываемой бесплатной медицинской помощи должен обеспечивать не только лечение, но и профилактику, реабилитацию и адаптацию гражданина к нынешним условиям жизни; следует установить виды, формы, основания ответственности для лиц, отказывающих или ненадлежащее оказывающих в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатную медицинскую помощь; необходимы подготовленные законодательные акты, регламентирующие: порядок оказания видов бесплатной медицинской помощи, порядок публичного контроля за оказанием медицинской помощи, порядок публичного контроля за расходованием бюджетных средств на оказание бесплатной медицинской помощи.

В Конституции Российской Федерации и Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан обобщено лучшее из мирового опыта. Но в ходе их реализации право человека на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения не должно потерять свое содержание.

1.4. Способы защиты права граждан России на охрану здоровья

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

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

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

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

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

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

Результатом применения административного порядка может являться:

– признание права;

– восстановление положения, существовавшего до нарушения права;

– прекращение действий, нарушающих права;

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

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

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

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

Разрешение спора в третейском суде

Судебная защита интересов требует немалых денежных затрат, знания процессуальных положений, связанных с оформлением исков и судебным разбирательством. В связи с этим часто используются альтернативные способы разрешения споров. В российском законодательстве предусмотрена возможность защиты нарушенных или оспоренных гражданских прав в третейском суде (ст. 11 ГК РФ).

Третейский суд, хотя и носит такое название, судебным органом не является и не входит в число органов, образующих судебную систему РФ. Он избирается участниками гражданско-правовых отношений для разрешения возникшего или

возможного между ними в будущем конфликтов. Он носит общественный характер, не осуществляет правосудие и не обладает процессуальной формой рассмотрения дел. Третейские суды могут быть созданы как для разрешения споров между гражданами, так и экономических споров, участниками которых являются юридические лица и индивидуальные предприниматели.

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

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

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

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

Претензионный порядок урегулирование спора

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

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

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

Обращение в прокуратуру

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

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

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

Мировое соглашение сторон представляет собой одну из форм свободного волеизъявления сторон, один из способов добровольного урегулирования спора сторонами без применения государственного принуждения. Мировое соглашение сторонами спора может совершаться как на досудебном этапе, так и при осуществлении судебной защиты права (внесудебные и судебные мировые соглашения).

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

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

Обращение в суд

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

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

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

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

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

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

Результатом рассмотрения жалобы в судебном порядке может быть:

– признание обжалуемого действия (решения) незаконным;

– возложение обязанности удовлетворить требование пациента;

– восстановление нарушенного права

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

– отказ в удовлетворении жалобы.

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

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

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

– в суд по месту нахождения ответчики;

– в суд по месту причинения вреда.

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

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

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

Права и интересы несовершеннолетних, моложе 15-ти лет, и недееспособных защищают их законные представители – родители, усыновители или опекуны. Граждане могут защищать свои права лично (самостоятельно обращаться с жалобой в ЛПУ, органы управления здравоохранением, в суд) или через своих представителей.

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

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

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

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

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

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

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

Глава 2. Конституционные права граждан на здоровье в Соединенных Штатах Америки

2.1. Конституционное регулирование права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Соединенных Штатах Америки

Соединенные Штаты являются одной из 86 стран, конституции которых не гарантируют своим гражданам какой-либо защиты здоровья. Это особенно верно в случае стран с более старыми конституциями, которые не были внесены поправки, так как по значению конституционные права на здоровье стали обычной практикой.

Конституция Соединенных Штатов была написана в 1776 году[29], и все основные поправки к ней никак не связаны с гарантированием медицинской помощи.

Во время ратификации Конституции Соединенных Штатов в 1788 году, концепция здравоохранения была немного другой, чем сегодня. Врачи по большей части практиковали частным образом. Больницы в первую очередь являлись некоммерческими организациями, основанными и укомплектованными членами религиозных орденов, постепенно переживали важный переходный период от «богадельни», которые обслуживали только бедных, и постепенно превращались в медицинские центры, которые служили опять же для накопления опыта.

Таким образом, на момент написания Конституции США, было понятно, что здоровье человека и семьи является ответственностью частного лица и семьи. Единственное упоминание в тексте Конституции США, которое могло бы быть истолковано, как относящиеся к праву на охрану здоровья и получение медицинской помощи – это оговорка «общего благосостояния» в преамбуле.

Десятая поправка Конституции США гласит, что: «Полномочия, которые Конституция не относит к ведению Соединённых штатов, сохраняются за штатами». Следовательно, на момент написания данной работы, Конституция США, как и 227 лет назад сохраняет право на здоровье человека, как его индивидуальную ответственность[30].

Оговорка «общего благосостояния» в Конституции США показывает, что правительство США делегирует права своему народу и конкретно оговаривает, какие права делегируются. Конституция США ясно гласит, что граждане США имеют право определять свои собственные приоритеты в плане здоровья и выбирать то, за что они хотят платить, находить свои индивидуальные пути заботы о своём здоровье, и жить согласно их выбору, без какого-либо вмешательства со стороны государства[31].

---

[29] Конституция США. Текст и постатейный комментарий: В 2 ч. М., 1984.

[30] Десятая поправка к Конституции. – URL: США https: //ru.wikipedia.org.

[31] Доменек Б. Что Конституция говорит о здравоохранении. – 23.12.2013. – URL: https://www.heartland.org.

В последние годы, произошли значительные изменения в области международного права по отношению к нормативной определения права на здоровье, который включает в себя как здравоохранение и условия, направленные на поддержание здоровые. Эти нормы являются основой для анализа таких аспектов право на здоровье, как неравенство в получении лечения, аспекты качества медицинской помощи и аспекты социальной справедливости.

Основываясь на работе в социальной эпидемиологии, парадигму права на здоровье явно связывают с законами, политикой и практикой, которые в свою очередь поддерживают функциональную демократию и фокусируются на подотчетности. В Соединенных Штатах Америки с точки зрения стандартов международного законодательства оценивающих действия государственного аппарата, происходит «нарушение прав» на здоровье, однако, по факту Конституция США[32] является первичным документом, которое в отличие от части 4 статьи 15 Конституции РФ[33] не берёт за основы «общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации». Следует отметить, что согласно Конституции США «правила международного договора», а также иные нормы международного права не имеют юридической силы на территории США.

Право на здоровье быстро эвалюционировало в рамках международного права, и его нормативные разъяснение приобрели значительные концептуальные и практические последствия для политики в области здравоохранения многих стран, в том числе Российской Федерации. Рамки международных прав человека предлагают анализ к показателям здоровья включающих неравноправие в получении лечении в Соединенных Штатах Америки, однако в стране, согласно определению Фонда экономического образования США, Конституция США «не является документом или простым набором слов, Конституция является идеологией народа США определяющей, что разрешается делать гражданам по отношению друг к другу, и что граждане разрешают делать своему правительству»[34].

По международному праву – право на здоровье является экономическим, социальным и культурным правом на получения минимального стандарта медицинской помощи на которую имеют право все люди. Концепция права на здоровье была перечислена в международных соглашениях, которые включают Всеобщую декларацию прав человека[35], Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах[36], и Конвенцию о правах инвалидов[37].

Согласно международному праву, существует право не только на здоровье, но в гораздо более широкой концепции – право на охрану здоровья. Потому что

---

[32] Конституция США. Текст и постатейный комментарий : В 2 ч. М., 1984.

[33] Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Собрание законодательства РФ.– 14.04.2014.– № 15. – Ст. 1691.

[34] Фонд экономического образования.– 17.04.2013. – URL: http://fee.org.

[35] Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // Российская газета.– 10.12.1998 г.

[36] Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Нью-Йорк, 19 декабря 1966 г.) // Сборник действующих договоров, соглашений и конвенций, заключенных с иностранными государствами. – М.: 1978 г. – вып. XXXII. – с. 36.

[37] Конвенция о правах инвалидов (принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. N61/106) // СЗ РФ от 11.02.2013 г. – N6. – ст. 468.

права должны быть реализованы по своей сути в социальной сфере, эта формулировка соответственно предполагает, что детерминанты здоровья и нездоровья являются не только биологическими или «естественными», но и факторами общественных взаимоотношений.

Таким образом, в перспективе изучения права на здоровье должны рассматриваться социальные детерминанты, как основные причин заболеваний.

Первое понятие права на здоровье в соответствии с международным законодательством было принято в 1948 году Всеобщей декларации прав человека[38], которое была единогласно единогласно одобренна Генеральной Ассамблеей ООН в качестве единого стандарта для всех людей. Эта декларация установила минимум на «жизненный уровень для поддержания здоровья и благосостояния человека и его семьи, в том числе…, медицинское обслуживание и…, право на помощь в случае…, болезни, инвалидности.., или иного случая потери здоровья по независящим от него обстоятельствам».

Так, статья 25 Всеобщей декларации прав человека[39] прозрачно описала право на здоровье, но не определила экономические и другие компоненты этого права.

Актуальность согласования международных норм по вопросам политики здравоохранения является очевидной в большинстве стран мира. Однако США всегда выступали против принятия международных стандартов в области прав человека внутри своей стороны, в первую очередь идеологическим соображениям, противоречащим Конституции США[40].

Очень важно отметить, что в вопросе толкования медицинской помощи, как в вопросе права, не учитывается образ жизни субъекта. Согласно распространенному мнению, плохое здоровье часто является результатом неправильного образ жизни и личного выбора человека. Конституция США предоставляет свободу выбора образа жизни для своих граждан, которые в свою очередь индивидуально несут экономическую ответственность за свой выбор, не обременяя при этом бюджет государства или других граждан, посредством налоговой системы на восстановления здоровья в результате их неправильного выбора.

Таким образом через Конституцию США происходит формирование общественного сознания граждан в плане ценности жизни и здоровья, а также воспитывается индивидуальная экономическая ответственность за действия приводящие к ухудшению здоровья. Благодаря этому сознанию граждане США воспринимают здоровье не как абстрактное юридическое право, а как привилегию соответственно идеологии, закреплённой в Конституции США, имеющую конкретную стоимость и ценность.

2.2. Практическое применение конституционных основ прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Соединенных Штатах Америки

В предыдущей главе, автор привёл пример о новом препарате Харвони, который способен вылечивать 90 % больных гепатитом С. Этот препарат был одобрен

[38] Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // Российская газета.– 10.12.1998 г.

[39] Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // Российская газета.– 10.12.1998 г.

[40] Конституция США. Текст и постатейный комментарий: В 2 ч. М., 1984.

Администрацией пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) 10 октября 2014 года и незамедлительно был лицензирован для лечения граждан США[41]. Таким образом, было продемонстрировано закреплённое Конституцией США право на здоровье. Следует отметить, что на момент написания данной работы, т. е. восемь месяцев после выхода препарата, он всё ещё недоступен для больных Российской Федерации.

Здравоохранение в США обеспечивается многими различными организациями[42]. Учреждения здравоохранения в США в значительной степени принадлежат и управляются частными предприятиями. 58 % американских городских больниц официально являются некоммерческими, 21 % принадлежит государству, и 21 % официально объявляют себя коммерческими[43]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Соединенные Штаты Америки в 2011 году потратили на здравоохранение на душу населения ($8,608), и на здравоохранение в процентах от ВВП (17,2 %), это больше, чем в любой другой стране мира в указанном периоде.

Около 60–65 % расходов на здравоохранения исходит от таких государственных программ, как Медикеэр (Medicare) – для пенсионеров, Медикейд (Medicaid) – для бедных, Программа медицинского страхования детей, и Программа для военнослужащих (Veterans Health Administration).

Большая часть населения – около 67 % – застрахована работодателем, некоторые семьи покупают медицинскую страховку самостоятельно, но у некоторого числа граждан США медицинская страховка отсутствует. Медицинское страхование для работников государственного сектора, в первую очередь предоставляться самим государством.

Комплексное исследование европейских врачей 2007 года показало, что продолжительность жизни больных раком была значительно выше в США, чем во всех 21 исследуемых европейских странах (на 66,3 % для мужчин в США по сравнении с 47,3 % в европейских странах, и на 62,9 % в США по сравнению с 52,8 % в европейских странах для женщин)[44]. Американские граждане чаще жителей всех других развитых странах проходят диагностические мероприятия по обнаружению рака, в том числе исследования с помощью МРТ и КТ, которое доступно в прямом смысле моментально и безо всякой задержки, что намного быстрее любой страны ОЭСР[45].

Граждане США с диагнозом с высокого уровня холестерина или гипертонии покупают брендовые фармацевтические препараты по более высоким ставкам, чем граждане других развитых странах, которые должны довольствоваться

---

[41] FDA одобряет первый комбинированный таблетки для лечения гепатита С. – 10.10.2014. – URL: http://www.fda.gov.

[42] Розенталь Э. Дорога здравоохранения на руины // Нью-Йорк Таймс. – 21 декабря 2013. – URL: https://en.wikipedia.org.

[43] Страна сравнения: ожидаемая продолжительность жизни при рождении. – 22.01.2011. – URL: https://en.wikipedia.org.

[44] Вердечиа А., Франчиси С., Бреннер Х, Гатта Г., Мишель А., Мангон Л., Канклер И. Последние выживание рака в Европе: 2000–02 период анализ EuroCare-4 данных. – 2011. – URL: https://en.wikipedia.org.

[45] Волк-Майер К. Гипертония Лечение и контроль в пяти европейских странах, Канаде и США. – Атлас 2011. – стр. 150–156. – URL: https://en.wikipedia.org.

дженериками, но брендовые препараты позволяют лучше контролировать и вылечивать заболевания[46].

Больные диабетом в США получают лечение и гораздо быстрее, чем в Канаде, Англии или Шотландии[47].

Соединенные Штаты Америки являются мировым лидером в области медицинских инноваций. Согласно опросу врачей, проведенного в 2001 году, исключительно в США разработаны 9 из 10 самых важных медицинских инноваций, начиная с 1975 г. В то время, как в странах Европейского Союза и Швейцарии, совместно была оказана поддержка в разработке только пяти инноваций в области медицины. С 1966 года американцы получили больше Нобелевских премий в области медицины, чем все вместе взятые остальные страны мира. С 1989 по 2002 год, в четыре раза больше денежных средств было вложено в частные биотехнологические компании в США, чем в Европе.

Бюро переписи населения США сообщило, что 49,9 миллионов жителей, то есть 16,3 % населения, были не застрахованы в 2010 году (по сравнению с 49,0 миллионами жителей, 16,1 % населения, в 2009 году). В 2004 году глава Института медицины (IOM) в своем докладе заявил, что: «Соединенные Штаты является одним из немногих промышленно развитых стран в мире, которые не гарантирует доступ к медицинской помощи для населения».

Когда у премьер-министра Италии Сильвио Берлускони возникла необходимость проведения операции на сердце, он не пошел в итальянскую клинику, он не обратится в больницы Австрии или Нидерландов. Он прилетел на операцию в Соединенные Штаты Америки, в Клинику Кливленда, в штате Огайо.

Аналогичным образом, когда Канадскому Министру Белинде Стронахом было необходимо лечение рака молочной железы, она улетела из Канады и предпочла сделать операцию в больнице Калифорнии.

Тоже можно сказать и о премьер-министре Ньюфаундленда Дэнни Уильямсе, которому было необходимо сделать операцию по коррекции клапанов сердца, он предпочел сделать это в медицинском центре Маунт Синай в штате Флорида.

Эти пациенты являются яркими примерами десятков тысяч пациентов со всего мира, которые приезжают в Соединенные Штаты Америки для лечения каждый год.

Больные приезжают в США, потому что знают, что, несмотря на какие-либо недостатки, система здравоохранения США по-прежнему обеспечивает самое высокое качество здравоохранения в мире. И если у пациента обнаруживается серьезная болезнь, будь то рак, пневмония, болезни сердца или СПИД, шансы на выживание пациента в США намного выше, чем в любой другой стране.

---

[46] См., например: О'Нил Е; О'Нил, Д. М. Состояние здоровья, здравоохранения и неравенство: Канада против США. Форум для экономики и политики в области здравоохранения.– 19.08.2013; Коуэн Т. Бедные американские результаты в сфере здравоохранения не Измерьте Нобелей и инноваций. – Нью-Йорк Таймс. – 09.10.2012. – URL: https: // en.wikipedia.org.

[47] См., например: Уитмен Г., Раад Р. Изгиб производительности Curve: Почему Америка ведет в мир медицинских инноваций. – Институт Катона. – 09.10.2012; Дэвид С. Новое исследование находит 45000 смертей ежегодно связаны с отсутствием медицинского страхования. – Гарвардский вестник.– 27.08.2013. – URL: https://en.wikipedia.org.

По данным исследования, опубликованного в британском медицинском журнале Ланцет (The Lancet)[48], США находится на первых местах в статистике выживания рака. Например, в США выживет более чем две трети женщин с диагнозом рака молочной железы, а остальные проживут по крайней мере пять лет, что на 6 процентов выше, чем в следующей за США по показателям стране – Швеции.

США производит много инноваций и научных исследований по вопросам здравоохранения во всем мире. Восемнадцать из последних 25 лауреатов Нобелевской премии в области медицины являются либо гражданами США, либо работали в США.

Американские компании разработали более половины всех новых лекарств, введенных в систему здравоохранение во всем мире в течение последних 20 лет. Кроме того, граждане США сыграли ключевую роль в 80 % наиболее важных нелекарственных медицинских достижений за последние 40 лет.

Стоит ли США здравоохранения в США слишком дорого? Конечно. Но по крайней мере, право на здоровье в США не контролируется навязанными государством реформами, что разрушило здоровье населения во многих странах. Система здравоохранения США не совершенна, но если человек болен, Соединенные Штаты Америки все ещё то место в мире, где пациента можно вылечить, и спасти ещё одну жизнь.

На основании приведенных выше фактов мы видим три тенденции в обеспечении права на здоровье в США:

1. Позитивную корреляцию между правом на здоровье граждан США и самими показателями здоровья.

2. Соблюдение прав граждан согласно принятым поправкам и самой Конституции, написанной более двух столетий назад.

3. Позитивную корреляцию между невмешательством государства в личные правы свободы выбора граждан выражающиеся в полной автономии права на здоровье и показателями здоровья.

Глава 3. Сравнительная характеристика права на здоровье граждан в Российской Федерации и Соединенных Штатах Америки

3.1. Соотношение конституционного права на охрану здоровья граждан Российской Федерации и право на здоровье граждан Соединенных Штатов Америки и их корреляция с основными показателями здоровья

В данной главе, автор предлагает сравнить системы двух стран по основным общепринятым показателям, характеризующим здоровье граждан. Итак, сравним жизненно важные показатели здоровья системы Российской Федерации, где права граждан закреплены в Статье 41 Конституции Российской Федерации[49],

[48] Дэвид С. Новое исследование находит 45000 смертей ежегодно связаны с отсутствием медицинского страхования. – Гарвардский вестник.– 27.08.2013. – URL: https://en.wikipedia.org

[49] Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Собрание законодательства РФ.– 14.04.2014.– № 15. – Ст. 1691.

и системы США, где согласно Конституции[50], право на здоровье делегируется народу без какого-либо вмешательства со стороны государства.

Интересный факт, что в то время, как Российская Федерация в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье»[51] проводит реформы, нацеленные на усиление гарантий прав граждан в сфере здравоохранения, наблюдается негативная корреляция между государственными реформами и уровнем здоровья населения в виду отсутствия экономической базы для проведения этих реформ.

Согласно данным Идекса Мунди на 1 января 2012 года[52], Российская Федерация занимает на протяжении десятилетий 2 место в мире по уровню смертности, уступая лишь аборигенам, и иным жителям Южно-Африканской Республики (рис. 1). В то время как США, где право на здоровье граждан является прерогативой самих граждан, находится на 87 месте[53].



Рис. 1. Распределение некоторых стран по ежегодной смертности

Определение: данный показатель представляет среднее ежегодное количество смертей в год на 1000 человек населения на середину года; этот показатель также известен, как коэффициент смертности. Уровень смертности, при этом лишь приблизительный показатель смертности в стране точно указывающий на текущую смертность которая влияет на рост численности населения. Этот показатель существенно зависит от возрастного распределения, и в большинстве стран в итоге показывает рост общей смертности, несмотря на продолжающееся снижение смертности во всех возрастах, так как снижение рождаемости приводит к старению населения.

Обращает на себя внимание, что в основном вопросами организации охраны здоровья и оказания медицинской помощи в Российской Федерации активно занимались и занимаются в основном правоведы, в то время как в США в данное направление в основном разрабатывается экономистами, которые измеряют объективные показатели здоровья населения.

---

[50] Конституция США. Текст и постатейный комментарий : В 2 ч. М., 1984.

[51] Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «Здоровье» (утверждены президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов (протокол № 2 от 21 декабря 2005 г.). – URL: www.rost.ru.

[52] Всемирный банк, показатели мирового развития – Обновлено 23 апреля 2013 г. – URL: http://www.indexmundi.com.

[53] ЦРУ – Факты мира. – 22.11.2014. – URL: http://www.indexmundi.com.

На основании проанализированных научных трудов специалистов в области организации и истории российской и советской медицины (О. Ю. Александровой, Ф. Е. Вартаняна, Н. Ф. Герасименко, Ф. Н. Кадырова и др.), а также социальной гигиены и организации здравоохранения (В. В. Гришина, В. З. Кучеренко, Б. В. Петровского, Е. Н. Савельевой, В. И. Стародубова, Ю. Л. Ильченко и др.), в работах которых большое внимание уделяется вопросам улучшения профилактической, лечебно-диагностической и санитарно-гигиенической деятельности, реорганизации организационно-управленческих структур, качества медицинской помощи, формированию и обеспечению системы государственных гарантий в сфере здравоохранения, становлению и функционированию системы обязательного медицинского страхования, группах при Совете при Президенте Российской Федерации «По реализации приоритетных национальных проектов», и не обнаружил положительной корреляции между многочисленными реформами в области здоровья и показателями здоровья.

Вышеперечисленные специалисты и авторы оперируют понятиями здоровья, не учитывая того факта, что в течение многих десятков лет существуют объективные показатели здоровья, которые измеряются в денежных единицах. Согласно Интернет – Энциклопедии – «Википедия»[54]: понятие «Анализ эффективности затрат» – АЭЗ (Cost-effectiveness analysis – CEA перевод с английского) является формой экономического анализа, который сравнивает относительные затраты и результаты (эффекты) двух или более курсов действий. Анализ эффективности затрат отличается от анализа затрат и выгод, который назначает денежную ценность для измерения эффекта. Анализ эффективности затрат часто используется в области медицинских услуг, где может показаться неуместным монетизировать оздоровительный эффект. Обычно АЭЗ выражается в терминах соотношения, где знаменатель улучшение здоровья от меры (годы жизни, предотвращение преждевременных родов продлённые годы жизни), а числитель – это расходы, связанные с улучшением здоровья[55]. Наиболее часто используется результат измерения лет жизни с поправкой на качество (quality-adjusted life years – QALY английский)[56].

Продолжая сравнивать жизненно важные показатели здоровья системы Российской Федерации, где права граждан закреплены в статье 41 Конституции Российской Федерации[57], и системы Соединенных Штатов Америки, где согласно Конституции США[58], право на здоровье делегируется народу без какого-либо вмешательства со стороны государства.

---

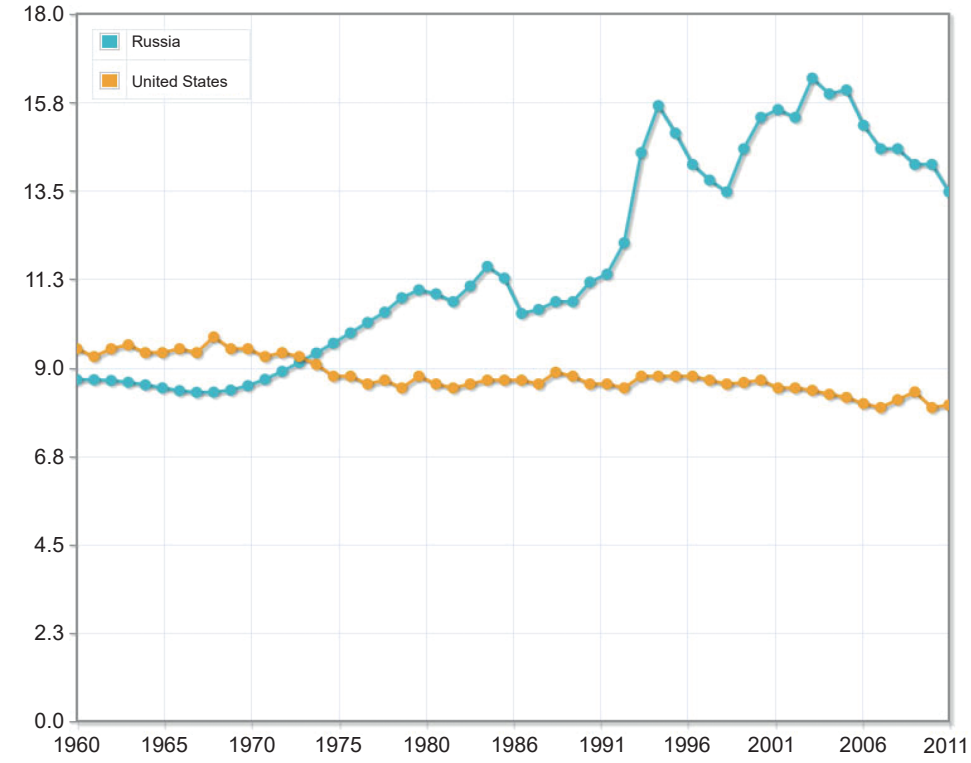
[54] Cost-effectiveness analysis. – 08.09.2014. – URL: https://en.wikipedia.org.

[55] Квиггин Дж. Предпочтения жизненного цикла потребления и более здоровья: при рентабельность анализ эквивалентно анализ затрат и выгод? – 22.07.2011. – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov.

[56] Gold MR et al. Cost-effectiveness in health and medicine. p. xviii. Экономическая эффективность в здоровье и медицине. p. XVIII. – URL: https://en.wikipedia.org.

[57] Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Собрание законодательства РФ.– 14.04.2014.– № 15. – Ст. 1691.

[58] Конституция США. Текст и постатейный комментарий : В 2 ч. М., 1984.



Data source: Word Bank, World Development Indicators – Last updated April 23, 2013

Рис. 2. Динамика коэффициента смертности в России и США

Коэффициент уровня смертности с 1960 по 2011 годы остаётся практически без изменений без всяких реформ для граждан США, где право на здоровье автономно.

В Российской Федерации в этот же период наблюдается негативная корреляции между многочисленными реформами в области здоровья и показателями здоровья. С имплементацией норм права, закрепленных в Конституции РФ 1993 года, законах и иных подзаконных актах Российской Федерации, регулирующих оказание медицинской помощи гражданам Российской Федерации, отмечается увеличение коэффициента уровня смертности (рис. 2).

Коэффициент уровня смертности на 1000 человек – общий коэффициент смертности, который показывает количество смертей в год на 1000 человек на середину года. Вычитая общий коэффициент смертности от коэффициента рождаемости, получаем коэффициент естественного прироста, который равен темпу изменения численности населения в условиях отсутствия миграции[59].

С имплементацией норм права, закрепленных в Конституции РФ, ожидаемая продолжительность жизни при рождении с 2000 по 2012 годы уменьшается примерно на один год с 67,19 лет в 2000 году до 66,46 лет в 2012 году[60]:

[59] Всемирный банк, показатели мирового развития – Обновлено 23 апреля 2013 г. – URL: http://www.indexmundi.com.

[60] Всемирный банк, показатели мирового развития – Обновлено 23 апреля 2013 г. – URL: http://www.indexmundi.com.



Waiting

Country	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Russia	67.19	67.34	67.5	67.66	66.39	67.1	67.08	65.87	65.94	66.03	66.16	66.29	66.46

В системе США, где согласно Конституции, право на здоровье делегируется народу без какого-либо вмешательства со стороны государства, и без того высокая ожидаемая продолжительность жизни при рождении с 2000 по 2012 годы увеличилась больше чем на один год с 77,12 лет в 2000 году до 78,48 лет в 2012 году[61].

Приведенные данные показывают усреднённое количество лет живущие группы людей, родившихся в том же году, если смертность в каждом возрасте остается постоянной величиной в будущем. Данные показывают всё население, включая мужской и женский пол. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении является также показателем общего качества жизни в стране и суммирует смертность во всех возрастах. Эти данные рассматриваются, как величина, определяющая потенциальную отдачу от инвестиций в человеческий капитал и необходимая для расчета различных актуарных мер[62].

Обратите внимание на сравнительный анализ возраста выхода на пенсию с корреляцией ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации, где права граждан закреплены в статье 41 Конституции РФ, и системы США, где согласно Конституции, право на здоровье делегируется народу без какого-либо вмешательства со стороны государства:

Страна	Мужчины	Женщины	Продолжительность жизни в 2012 году	Количество лет жизни на пенсии для мужчин
РФ	60	55	66,46	6,46
США	62	62	78,49	16,49

[61] Всемирный банк, показатели мирового развития – Обновлено 23 апреля 2013 г. – URL: http://www.indexmundi.com.

[62] Retirement age. – 22.01.2012. – URL: http://en.wikipedia.org.

В Конституции РФ 1993 года, где согласно общепризнанным положениям международно-правовых актов и соглашений, государство впервые гарантировало, учитывая социальную значимость здоровья населения, право на медицинскую помощь, как гарантию реализации личных прав граждан, удовлетворения важнейших жизненных нужд человека мужчины умирают примерно через шесть с половиной (6,46) лет после выхода на пенсию.

В то же самое время граждане Соединенных Штатов Америки, которые согласно Конституции США 1788 года[63], имеют право определять свои собственные приоритеты в плане здоровья и выбирать то, за что они хотят платить, находить свои индивидуальные пути заботы о своё здоровье, и жить согласно их выбору, без какого-либо вмешательства со стороны государства, примерно через шестнадцать мужчины умирают через шестнадцать с половиной (16.49) лет после выхода на пенсию.

К сожалению, согласно данным на 1 января 2012 года, ожидаемая продолжительность жизни на момент рождения, для граждан Российской Федерации, где их права на охрану здоровья и оказания медицинской помощи закреплены в статье 41 Конституции Российской Федерации такая же, как и у Папуасов Новой Гвинеи – 66.46 лет.

В то же самое время, в Соединенных Штатах Америки, где граждане имеют право определять свои собственные приоритеты в плане здоровья, продолжительность жизни составляет 78,49 лет[64]:

Место	Страна	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (годы)
50	США	78.49
161	Папуа Новая Гвинея	66.46
162	РФ	66.46

Определение: Эти данные показывают среднее количество лет жизни группы людей, родившихся в одном и том же году, если уровень смертности в каждом возрасте остается постоянной величиной в будущем. Данные включаютт всё населения независимо от пола. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении является также показателем общего качества жизни в стране и суммирует смертность всех возрастов. Эти данные рассматриваются, как величина, определяющая потенциальную отдачу от инвестиций в человеческий капитал и необходимая для расчета различных актуарных мер[65].

Согласно данным на 1 января 2012 года, общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП, для граждан Российской Федерации, где их права на охрану здоровья и оказание медицинской помощи бесплатно получили свое закрепление в Конституции РФ – Основном законе РФ, такая же, как и у жителей Соломоновых островов – 5.4 %.

---

[63] Конституция США. Текст и постатейный комментарий : В 2 ч. М., 1984.

[64] Всемирный банк, показатели мирового развития – Обновлено 23 апреля 2013 г. – URL: http://www.indexmundi.com.

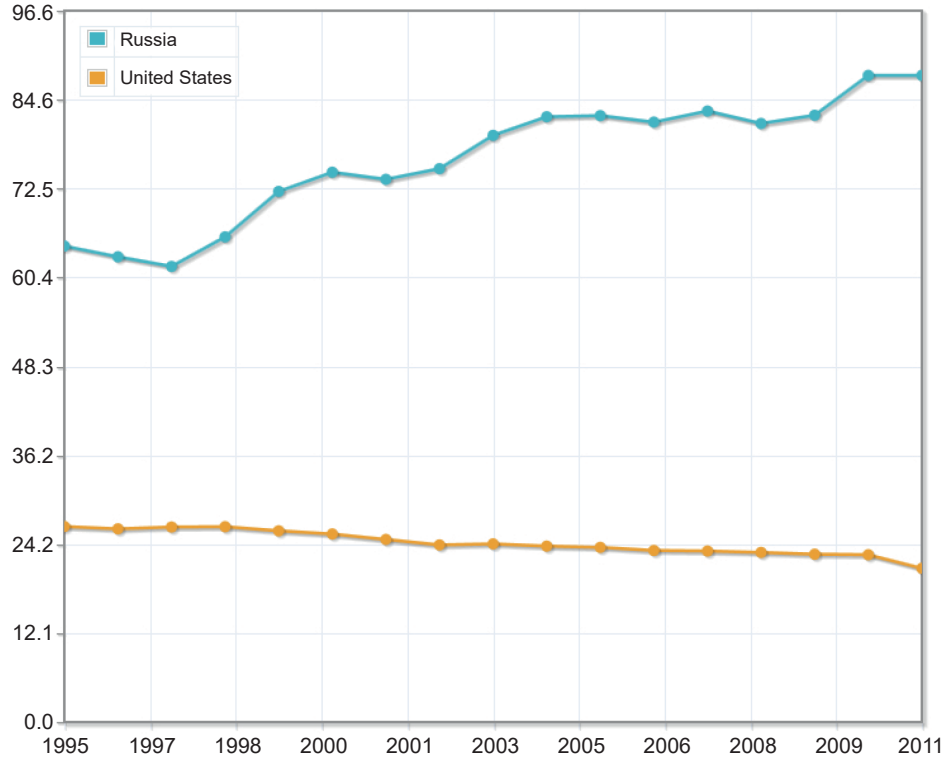
[65] Всемирный банк, показатели мирового развития – Обновлено 23 апреля 2013 г. – URL: http://www.indexmundi.com.

В правовой системе США, где согласно Конституции США, право на здоровье делегируется народу без какого-либо вмешательства со стороны государства, на 1 января 2012 года, общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП составили 16.2 %[66].

Место	Страна	Расходы на здоровье (% от ВВП)
2	США	16.2
129	Соломоновы острова	5,4
130	РФ	5.4

Определение: Эти данные показывают общие расходы на здравоохранение в процентах от ВВП. Расходы на здравоохранение определяются как действия, выполненные учреждениями или отдельными лицами для использования медицинских услуг и технологий, основной целью которого является содействие, восстановление или поддержание здоровья[67].

Фактические медицинские расходы (% частных расходов на здравоохранение) из своего кармана. Данная величина определяет расходы как любые прямые затраты из домашних хозяйства, включая чаевые и бартерные сделки медицинским работникам и поставщикам фармацевтических препаратов, оплата медицинского



[66] Всемирный банк, показатели мирового развития – Обновлено 23 апреля 2013 г. – URL: http://www.indexmundi.com

[67] Всемирный банк, показатели мирового развития – Обновлено 23 апреля 2013 г. – URL: http://www.indexmundi.com

оборудования и других товаров и услуг, основной целью которых является внесение вклада в восстановление или укрепление состояния здоровья отдельных лиц или групп населения.

Этот показатель является частью частных медицинских расходов[68].

Заключение

На основании приведенных показателей здоровья, продолжительности жизни населения, количества средств, затрачиваемых на здравоохранение – вывод очевиден.

Утопический идеал равенства захватывал воображение людей с древних времен. Если бы только наступило равенство и у всех было бы всё, мир был бы другим. В таком иллюзорном мире не будет зависти, не будет преступлений, бедности, жадности, и несчастья. От Платона до Карла Маркса многие мыслители думали об изменении государства для создания рая на земле. В настоящее время эта мечта осталась жива в образе социального государства, и сегодня она проявляется наиболее отчетливо в действиях мировых правительств, которые пытаются манипулировать правом на здоровье и здравоохранением[69].

Многие спрашивают, разве не очевидно, что государство, реализуя возложенные на него функции, посредством учреждений системы здравоохранения может предоставить медицинские услуги более справедливо и не так дорого, по сравнению с эгоистичным прибыль-ориентированным свободным рынком?

Напомним себе, что в Советском Союзе дорога к медицинским услугам была вымощена такими же благим намерениями. В октябре 1917 года, марксистские мечты прихода к политической власти сбылись в России. Теперь, когда все должны были бы быть равны во всех аспектах своей жизни, люди больше не должны бы были умирать на улицах от болезней. Бесплатное медицинское обслуживание стало бы доступным для всех, а не зарезервировано только для «жадных богачей».

Но что большевики уничтожили и что они создали?

В дореволюционной России, медицинское обслуживание было ориентировано на потребителя как бизнес. Доходы врачей и уровень их жизни были полностью зависимы от профессионализма и репутации в обществе в целом. Пациенты сами решали, к какому врачу и в какую больницу идти, и каким фармацевтическим препаратам доверять. Врачи упорно трудились, чтобы создавать свою репутацию, важным аспектом этого труда было оказание благотворительной помощи для бедных. Как и во многих других странах, все российские врачи после окончания медицинского института давали клятву Гиппократа, в которой они клялись никогда не отвергать тех, кто нуждался в медицинской помощи, и, как правило, они были верны данной клятве.

В дореволюционных российских городах, существовали благотворительные больницы и поликлиники для бедных слоев населения и их семей, оказывали свою помощь сестры милосердия в развитой системе благотворительных учреждений.

---

[68] Всемирный банк, показатели мирового развития – Обновлено 23 апреля 2013 г. – URL: http://www.indexmundi.com

[69] Ебелинг А. Коммунистическая мечта и реальность советского общества.– 22.01.2013. – URL: http://fee.org

В сельских районах, крестьяне часто оплачивали труд врачам бартером: курицей, картофелем, хлебом, или в виде бытовых услуг, либо получали лечение совершенно бесплатно. Благодаря частной медицинской системе в Российской Империи, врачи могли заработать себе на достойный уровень жизни, и, поэтому, могли позволить себе быть щедрыми и оказывать благотворительные медицинские услуги для тех, кто в них нуждался.

Ожидания высоких доходов, вместе со статусом членства в уважаемой профессии создавало огромную конкуренцию для поступления в медицинские институты. В институт принимались лучшие студенты, и наиболее квалифицированные врачи нанимались в качестве профессоров. В дореволюционной России качество медицинской помощи и медицинских исследований получило международное признание, такие имена как Павлов, Пирогов, Боткин, Склифосовский пользуются уважением во всём мире спустя два века. Была ли эта система совершенной? Конечно нет. Но вопреки социалистическим мифотворцам, медицинское обслуживание в императорской России было широко доступно и предоставлялось достаточно экономически эффективным способом. Мотивами предоставления качественной медицинской помощи в дореволюционном российском обществе являлись: прибыль, конкуренция и дух благотворительности, то есть, использовались все те же самые мотивы, которые до сих пор работают и являются основополагающими в системе здравоохранения, реализуя право на здоровье, закрепленное в Конституции США 1776 года.

Следует заметить, что Соединенные Штаты Америки и дореволюционная Россия имели идентичные права граждан на здоровье. Система права на здоровье в США осталась без изменения, что привело, как видно из приведённых выше примеров, к улучшению практически всех показателей здоровья и росту благополучия граждан.

Российская имперская система здравоохранения была уничтожена большевиками, и благодаря множеству реформ в области права на здоровья начался геноцид российских народов, который, как было показано выше, привёл к показателям уровней смертности чуть лучше племён Южной Африки и продолжительности жизни как у папуасов Новой Гвинеи.

К сожалению, многие российские интеллектуалы, в том числе и сами врачи, недопонимали значения права на здоровье в условиях свободного рынка. После революции 1917 года, под воздействием проводимых реформ и насильственного насаждения иной экономической модели государства, многие врачи вынужденно отвернулись от свободного рынка, и предполагали, что государственное управление может создать лучшее общество через плановой подход равенства условий жизни, образования и, конечно же, медицинской помощи. Таким образом, руководствуясь неправильными идеями, представители медицинской профессии помогли разрушить своими руками систему здравоохранения, которое до сих пор работает и процветает в США, согласно принятой Конституции 1776 года.

В России же, после 1917 года, медицинские услуги, как и всё остальное, были национализированы новой социалистической властью. Постепенно, небольшие медицинские практики исчезли, и по всей стране были созданы сети крупных, заводских больниц и амбулаторных клиник. Появилось право на здоровье, в результате

которого граждане России должны были зарегистрироваться в поликлиниках и больницах в зависимости от их должности, статуса в партии и прописки. Право на выбор пациента полностью забрало Советским государством, которое приняло полную ответственность за центрально-планируемые медицинские расходы каждого индивида и здравоохранение в целом.

С ликвидацией частных расходов на услуги здравоохранения форма и количество медицинской помощи в настоящее время зависит от бюджетных приоритетов государства. Государственные реформы создали условия для всех работников медицинской системы, вынуждающие их поступать на работу с низкими фиксированными окладами, и обрабатывать положенную ежедневную норму пациентов. Медицинские исследования стали зависеть от неадекватных ежегодных бюджетных ассигнований со стороны государства. Право на здоровье и система здравоохранения в постреволюционной России перестала зависеть от врачей и медсестер, а их доходы стали независимой величиной от уровня их профессиональных навыков или количество пациентов, которых они лечат. Благодаря созданию профсоюзов медицинской профессии стало практически невозможно уволить неквалифицированных медработников. Без рынков и цен, определяющих значение и доступность медицинской помощи, правительство ввело карточную систему медицинских услуг и фармацевтических продуктов.

Специализированные услуги (маммография, УЗИ, и т. д.) были доступны только в нескольких специализированных больницах, где врачи должны были лечить больных, а также обязаны участвовать в научных исследованиях. Например, в случае хирургической операции мозга или сердечно-сосудистой хирургии, лечение проводилось только в специализированных больницах, куда приезжали больные граждане РФ со всей страны. Попасть в такие больницы было сложно из-за огромной очереди, состоящей из граждан всей страны. Многие граждане умирали, так и не дождавшись излечения.

Пример с препаратом Харвони, который вышел на рынок здоровья в октябре 2014 и вылечивает 90 % больных вирусным гепатитом С в течении трёх месяцев. Право на здоровье в США обеспечило незамедлительный доступ к препарату, что было гарантировало Конституцией США. Несмотря на гарантии статьи 41 Конституции РФ, препарат всё еще недоступен в Российской Федерации, и больные вирусным гепатитом С граждане РФ продолжают умирать из-за несвоевременного оказания медицинской помощи, отсутствия лекарства, нехватки денежных средств.

С учреждением прав граждан на здоровье, закреплённых в послереволюционной Конституции РСФСР, медицинская помощь стала ориентироваться на промышленность, вместо ориентирования на потребителей, что наблюдалось в дореволюционной России. Но даже государство не может убить рынок, как государство, не может отменить законы природы. Рынок просто реорганизовался и, таким образом, появился чёрный рынок. Последний немедленно ответил на государственное нормирование. Услуги врачей и фармацевтических препаратов (как отечественных, так и иностранного производства), а также доступ к медицинскому исследованиям и оборудованию, стали доступны для всех граждан посредством взяток. К сожалению, только богатые граждане Российской Федерации

могут позволить себе элитные дорогие медицинских услуги черного рынка, в то время как большинство бедных слоёв населения РФ уже не могут рассчитывать на получение благотворительной медицинской помощи.

В мире «свободной» медицинской помощи в Советском Союзе людям часто приходилось иметь связи, чтобы получить многие из лекарств, предписанных врачами, чтобы спасти членов их семей и друзей. Безразличных, и часто враждебных медсестёр и санитаров необходимо было «отблагодарить», чтобы поменять утку пациенту или обеспечить обычное внимание, что любой американец воспримет как должное во время пребывания в больнице.

Больнице Скорой Помощи в качестве пациента с камнями в почках два года назад. Больничные палаты переполнены, и далеки от стерильности. Анестезия и основные обезболивающие часто были недоступны. Плач пациентов в боль иногда может быть услышана за пределами этажа, и даже больницы.

В прошлом, политическая элита Советского Союза не хотела лечиться в медицинской системе, предоставленной для «народа». Один из самых больших мифов о Советском Союзе: его предполагаемое равенство для всех. Ни одно общество не делилось так на привилегированные группы и классы, как советское общество. Специальные больницы были созданы по всему Советскому Союзу. Они были зарезервированы для членов ЦК Коммунистической партии, Совета Министров, местных и региональных партийных элит, и так далее. И «слуга народа», в результате, получал качественно иной уровень медицинского обслуживания, чем «рабочие массы». Привилегированные группы имели доступ не только к лекарствам советского производства, но и к западноевропейским и американским лекарствам и оборудованию, который не мог бы находиться в пределах досягаемости обычного «пролетарской» пациента.

Таким образом, обеспечение больниц, врачей, поставки медицинского оборудования, фармацевтических препаратов, и все пациенты стали жертвами социалистического централизованного планирования и политические приоритеты так же, как и все остальное в «рай трудящихся». В конце 20-го века Россия была одна из худших систем здравоохранения в мире.

В горьких ситуациях, россияне часто отвечают шутками и анекдотами. В одной из них, идёт беседа между Американским и Советским врачом. Американский врач говорит: «Дорогой коллега, наша профессия является несовершенной. Вы лечите пациента от одной болезни, и он умирает от другой». Советский врач отвечает: «Нет, дорогой коллега, это не мой случай. Мой пациент умирает от той болезни, от которой я его лечу».

Легко сказать, что нынешняя система права на здоровье в Российской Федерации является несовершенной и необходимы радикальные изменения, которые сделают его идеальным в течение относительно короткого периода времени. Но всегда есть уроки из нашей же истории, которые следует выучить.

История 19 века Российского Государства и приведенные в работе показатели здоровья очевидно указывают на негативную корреляцию между реформами права на здоровье и самими показателями здоровья, Соединенные Штаты Америки и Россия имели одинаковые тенденции в праве на здоровье в начале прошлого века, когда права на здоровья делегировались народу с правом определять свои

собственные приоритеты в плане здоровья и выбирать то, за что они хотят платить, находить свои индивидуальные пути заботы о своём здоровье, и жить согласно их выбору, без какого либо вмешательства со стороны государства.

Эти ценности продолжают быть основополагающими в Конституции США в праве граждан на здоровье. Данные показателей здоровья, которые гарантирует статья 41 Конституции РФ плачевны. Пора выучить уроки истории и превратить государство РФ в ту мощь и силу, которой Россия являлась до недавнего времени.

Посредством проведения сравнительного анализа конституционно-правовых актов Соединенных Штатов Америки обосновывается вывод о том, что положение Конституции Российской Федерации 1993 года, закрепляющее право граждан РФ на получение бесплатной медицинской помощи, не соответствует современным мировым тенденциям в сфере правового обеспечения охраны здоровья, что выражается, прежде всего, в противоречии частей 1,2 и 3 статьи 41 Конституции РФ.

В настоящее время функция по оказанию медицинских услуг в рамках гарантированного государством РФ объема бесплатной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования лежит на государственной и муниципальной системах здравоохранения. Однако рост вовлечения лечебных учреждений частной системы здравоохранения в оказание указанной медицинской помощи позволит увеличить ее ассортимент, а также снять «бюджетную» нагрузку с государственных и муниципальных лечебных учреждений и даст толчок к развитию на их базе платных медицинских и сервисных услуг, что, безусловно, будет положительно влиять на оздоровление российского здравоохранения.

Повышенное внимание к развитию указанных гарантий в рамках проводимых в настоящее время реформ в здравоохранении поможет выявить и убрать негативные факторы, оказывающие влияние на реализацию конституционного права граждан на получение медицинской помощи, и повысить эффективность деятельности этих систем.

Анализируя правоприменительную практику, можно сделать вывод о необходимости дальнейшего усовершенствования и развития системы конституционных гарантий, направленных на обеспечение реализации права граждан на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь с учетом накопленной практики судебных, правоохранительных и иных органов, уполномоченных осуществлять контроль за качеством и объемом предоставляемой гражданам услуг медицинской помощи, при этом необходимо принимать во внимание богатый опыт зарубежных стран.

Как сказал Президент РФ Владимир Владимирович Путин подвергая критике власти Москвы за непродуманную реформу системы здравоохранения. «Мне кажется, что коллеги не все продумали и не все доработали. Руководствуясь в целом правильными соображениями и благими намерениями, можно было бы и по-другому все это выстроить», – цитирует президента ТАСС. Глава государства выступил на форуме Объединенного народного фронта (ОНФ)[70]. Нельзя не согласиться со справедливостью этого высказывания.

[70] Путин: московские власти не продумали реформу здравоохранения. – 23.12.2013. – URL: http://www.bfm.ru.

Список литературы

I. Нормативно-правовые акты

1. Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // Российская газета. – 10.12.1998 г.

2. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Нью-Йорк, 19 декабря 1966 г.) // Сборник действующих договоров, соглашений и конвенций, заключенных с иностранными государствами. – М. : 1978 г. – вып. XXXII. – с. 36.

3. Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 г.). Ратифицирована Постановлением ВС СССР 13 июня 1990 г. № 1559-1 // СПС Консультант Плюс.

4. Конвенция о правах инвалидов (принятая Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г. N 61/106) // СЗ РФ от 11.02.2013 г. – N 6. – ст. 468.

5. Конституция США. Текст и постатейный комментарий : В 2 ч. М., 1984.

6. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Собрание законодательства РФ. – 14.04.2014. – № 15. – Ст. 1691.

7. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.05.2015) // Российская газета. – 23.11.2011. – № 263.

8. Федеральный закон РФ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 06.12.2010. – № 49. – Ст. 6422.

9. Федеральный закон РФ от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» // Собрание законодательства РФ. – 09.05.2011. – № 19. – Ст. 2716.

10. Уголовный Кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 17.06.1996. – № 25. – Ст. 2954.

11. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях (ред. От 08.06.2015) // Российская газета. – № 256. – 31.12.2001.

12. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» // Российская газета. – 10.10.2012. – № 233.

13. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 г. № 323 (ред. от 27.12.2014) «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития» // СПС Консультант Плюс.

14. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Текст.: Закон РСФСР от 19.04.91 г. №1034-1 // Ведомости СНД и ВС РСФСР. – 1991. – №20. – Ст. 641.

15. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения Текст.: ФЗ РФ от 30.03.99 г. №52-ФЗ : [прин. ГД РФ 12.03.99 г.: одобр. СФ РФ 17.03.99 г.] / Российская Федерация // Собрание законодательства РФ. – 1999. – № 14. – Ст. 1650.

16. Об основных направлениях государственной семейной политики Текст.: Указ Президента РФ от 14.05.96 г. №712 // Российская газета. – 1996. – 21 мая.

17. О Концепции национальной безопасности Российской Федерации: Указ Президента РФ от 10.01.00 г. №24 / СЗ РФ. 2000. – №2. – Ст. 170.

18. О межведомственной комиссии по охране здоровья граждан Текст.: Постановление Правительства РФ от 27.12.96 г. №1567 // Собрание законодательства РФ. 1997. – №2. – Ст. 239.

19. О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год Текст.: Постановление Правительства РФ от 26.11.2004 г. № 690 // Собрание законодательства РФ. 2004. – №48. – Ст. 4809.

20. О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год Текст.: Постановление Правительства РФ от 28.07.05 г. № 461 // Собрание законодательства РФ. 2005. – №32. – Ст. 3306.

II. Научная и учебная литература

1. Абдулаев, М. И. Права человека и закон: историко-теоритические аспекты Текст. / М. И. Абдулаев. – СПб. : Юрид. центр Пресс, 2014. – 320 с.

2. Авакьян, С. А. Конституционное право России : учеб.-метод. пособие Текст. / С. А. Авакьян. – М. : Изд-во МГИМО-Университет, 2014. – 190 с.

3. Авакьян, С. А. Конституция как символ эпохи : В 2 т. Текст. / С. А. Авакьян. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 2014. – Т. 1. – 527 с.

4. Авакьян, С. А. Конституция России: природа, эволюция, современность Текст. / С. А. Авакьян. – М.: РЮИД, 2000. – 528 с.

5. Акопов, В. И. Право в медицине Текст. / В. И. Акопов, Е. Н. Маслов. – М. : Книга-сервис, 2002. – 352 с.

6. Баглай, М. В. Конституционное право Российской Федерации Текст. / М. В. Баглай. – М. : НОРМА, 2005. – 816 с.

7. Баглай, М. В. Малая энциклопедия конституционного права Текст. / М. В. Баглай, В. А. Туманов. – М.: БЕК, 1998. – 505 с.

8. Бахрах, Д. Н. Административная ответственность по российскому законодательству : краткий учеб. курс Текст. / Д. Н. Бахрах, Э. Н. Ренов. – М. : НОРМА, 2004. – 303 с.

9. Бахрах, Д. Н. Административное право Текст. / Д. Н. Бахрах, Б. В. Россинский, Ю. Н. Старилов. – М. : НОРМА, 2004. – 309 с.

10. Белкин, А. А. Конституционная охрана: три направления российской идеологии и практики Текст. / А. А. Белкин. – СПб. : Петрополис, 1995. – 143 с.

11. Боев, В. С. Медицинское страхование Текст. / В.С. Боев. – Пермь, 1994. – 44 с.

12. Бондарь, Н. С. Права человека и Конституция России: трудный путь к свободе Текст / Н. С. Бондарь. – Ростов н/Д : Изд-во Рост, ун-та, 1996. – 239 с.

13. Венгеров, А. Б. Теория государства и права : учебник / А.Б. Венгеров. – М. : Омега-J1, 2005. – 608 с.

14. Вигдорчик, Н. А. Теория и практика социального страхования. Кассовая медицина Текст / Н. А. Вигдорчик. – М., 1923. – 207 с.

15. Воеводин, Л. Д. Юридический статус личности в России / Л. Д. Воеводин. М. : Изд-во Моск. ун-та. ИНФРА-М. НОРМА, 1997. – 298 с.

16. Глотов, С. А. Конституционно-правовые проблемы сотрудничества России и Совета Европы в области прав человека Текст / С. А. Глотов. – Саратов : СГАП, 1999. – 534 с.

17. Глущенко, П. П. Конституционное право России Текст / П. П. Глущенко, А. В. Зиновьев, И. С. Поляшова. – СПб. : Питер, 2004. – 171 с.

18. Глущенко, П. П. Социально-правовая защита конституционных прав и свобод граждан: теория и практика Текст / П. П. Глущенко. – СПб. : Санкт-Петерб. Акад. МВД России, 1998. – 374 с.

19. Гришин, В. В. Регулирование принципов становления страховой медицины Текст / В. В. Гришин. – М. : Наука, 1997. – 350 с.

20. Даль, В. И. Толковый словарь живого великорусского языка : В 4 т. Текст / В. И. Даль. – Т.1 : А-З. – М. : ОЛМА-ПРЕСС, Красный пролетарий, 2004. – 640 с.

21. Даль, В. И. Толковый словарь живого великорусского языка : В 4 т. Текст / В. И. Даль. – Т. 4 : С-У. – М. : ОЛМА-ПРЕСС, Красный пролетарий, 2004. – 576 с.

22. Драгонец, Я. Современная медицина и право / Я. Драгонец, П. Холлендер. – М. : Юрид. лит., 1991. – 335 с.

23. Дьяченко, В. Г. Качество медицинской помощи. Вопросы теории и практики. Методическое пособие Текст / В. Г. Дьяченко. – Хабаровск, 1996. – 270 с.

24. Евтухов, И. В. Медико-правовой справочник для населения: медицинское право в документах Текст / И. В. Евтухов. – Ростов н/Д : Феникс, 2001. – 512 с.

25. Ефремова, Т. Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный : В 2 т. Текст / Т. Ф. Ефремова. – М. : Русский язык, 2001. – Т.1 : А-О. – 1232 с.

26. Жиляева, Е. П. Аналитический обзор по защите прав пациентов в промышленно-развитых странах Текст / Е. П. Жиляева, Е. В. Жилинская, В. В. Гришин. – М., 1997. – 183 с.

27. Карташев, В. А. Система систем. Очерки общей теории и методологии Текст / В. А. Карташев. – М. : Прогресс-академия, 1995. – 415 с.

28. Качество медицинской помощи Текст / Под ред. Н. И. Полежаева и др. – М. : Социальная защита, 1997. – 176 с.

29. Козлов, А. Е. Социальная политика: конституционно-правовые проблемы / А.Е. Козлов. – М. : АН СССР. Ин-т гос-ва и права, 1990. – 158 с.

30. Козлова, Е. И. Конституционное право России Текст / Е. И. Козлова, О. Е. Кутафин. – М. : Юристъ, 2004. – 578 с.

31. Колесников, Е. В. Источники российского конституционного права Текст / Е. В. Колесников. – Саратов : Сарат. гос. акад. права, 1998. – 193 с.

32. Комаров, Ю. М. Концепция дальнейшего развития здравоохранения и прикладной медицинской науки Текст / Ю. М. Комаров. – М., 1994. – 180 с.

33. Конституции государств Европы : В 3 т. / Ин-т законодательства и сравнит, правоведения при Правительстве Российской Федерации. – М. : Норма, 2001.

34. Конституции зарубежных стран : учебное пособие Текст / Сост. В. В. Маклаков. – М. : БЕК, 2002. – 592 с.

35. Конституции и законодательные акты буржуазных государств XVII–XIX вв. Текст / Под ред. П. Н. Галанзы. – М. : ГосПолитиздат, 1959. – 587 с.

36. Конституции и конституционные акты РСФСР (1918–1937) Сборник / Под общ. ред. А. Я. Вышинского. – М. : Изд-во «Ведомостей Верховного Совета РСФСР», 1940. – 298 с.

37. Конституционное (государственное) право зарубежных стран. Общая часть / Ред. Б. А. Старушин. – М., 1996. – 386 с.

38. Конституционное обустройство России: общественная экспертиза 2000. Аналитический отчет Текст. – М. : Грааль, 2000. – 563 с.

39. Конституционно-правовая ответственность: проблемы России, опыт зарубежных стран Текст / Под ред. С. А. Авакьяна. – М. : Изд. Моск. ун-та, 2001. – 473 с.

40. Конституция Российской Федерации. Энциклопедический словарь / Авт. В. А. Туманов, В. Е. Чиркин, Ю. А. Юдин и др. – М. : Большая рос. энцикл. : Юристъ, 1997. – 317 с.

41. Корчагин, В. П. Финансовое обеспечение здравоохранения Текст / В. П. Корчагин. – М. : Эпидавр, 1997. – 272 с.

42. Косолачева, Н. М. Конституционная ответственность в Российской Федерации. Ответственность органов государственной власти и иных субъектов права за нарушение конституционного законодательства РФ Текст / Н. М. Косолачева. – М. : Городец, 2000. – 190 с.

43. Краткий словарь по социологии Текст / П. Д. Павленок. – М. : Инфра-М, 2000. – 270 с.

44. Кузьменко, М. М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики Текст / М. М. Кузьменко, В. В. Баранов, Ю. В. Шиленко – М. : Медицина, 1994. – 304 с.

45. Кутафин, О. Е. Муниципальное право Российской Федерации Текст / О. Е. Кутафин, В. И. Фадеев. – М. : Юристъ, 2002. – 552 с.

46. Лауэр, Э. Ф. Конституционное право России: Советское конституционное право от 1918 года до Сталинской конституции Текст / Э. Ф. Лауэр. – М., 2003. – 302 с.

47. Лафитский, В. И. Основы конституционного строя США Текст / В. И. Лафитский. М. : Изд-во НОРМА, 1998. – 272 с.

48. Леонтьев, О. В. Нарушение норм уголовного права в медицине Текст / О. В. Леонтьев. – СПб. : СпецЛит, 2002. – 63 с.

49. Лисицын, Ю. П. Панорама охраны здоровья. Реструктуризация медицинской помощи и нерешенные вопросы приватизации в здравоохранении Текст. / Ю. П. Лисицын, А. С. Акопян. – М. : Центр репродукции человека, 1998. – 287 с.

50. Лукашева, Е. А. Социальное государство и защита прав человека Текст / Е. А. Лукашева. – М. : ИГПАН, 1994. – 147 с.

51. Медицинское страхование. Экспертиза качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Проблемы, задачи и подходы к их решению Текст. / Под ред. В. Ф. Чавпецова и др. – М. : Б. и., 1995. – 168 с.

52. Медушевский, А. Н. Сравнительное конституционное право и политические институты : курс лекций Текст / А. Н. Медушевский. – М. : ГУ ВШЭ, 2002. – 512 с.

53. Международные акты о правах человека : Сборник документов Текст / Сост. В. А. Картошкин, Е. А. Лукашева. – М. : Изд-во НОРМА (Издат. группа НОРМА-ИНФРА'М), 2002. – 944 с.

54. Модернизация права: зарубежный и отечественный опыт Сборник / Отв. ред. А. В. Малько. – Пенза : ИИЦ ПГУ, 2004. – 290 с.

55. Мордовец, А. С. Социально-юридический механизм обеспечения прав человека и гражданина Теорет.-правовое исслед. : Дис. . д-ра юрид. наук : 12.00.01 / А. С. Мордовец. – Саратов, 1997. – 384 с.

56. Муниципальное право России Текст / Отв. ред. Г. Н. Чеботарев. – М. : Юристъ, 2005. – 362 с.

57. Найговзина, Н. Б. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты Текст / Н. Б. Найговзина, М. А. Ковалевский. – М. : Классик-Консалтинг, 1999. – 192 с.

58. Общая теория прав человека Текст / Отв. ред. Е. А. Лукашева. – М. : НОРМА, 1996. – 509 с.

59. Ожегов, С. И. Толковый словарь русского языка Текст / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова. М.: «А ТЕМП», 2004. – 944 с.

60. Платные медицинские услуги Сборник нормативных документов. М. : АПП Джангар, 2001. – 304 с.

61. Попов, В. Л. Правовые основы медицинской деятельности : Справочно-информационное пособие Текст / В. Л. Попов, Н. П. Попова. – СПб. : Деан, 1999. – 256 с.

62. Права человека / Отв. ред. Е. А. Лукашева. – М.: Изд-во НОРМА, 2003. – 573 с.

63. Правовое обеспечение охраны здоровья граждан Текст / Под ред. В. Г. Маймулова и др. – СПб., 1997. – 43 с.

64. Правовые основы здравоохранения в России / Под ред. Ю. Л. Шевченко. – М. : ГЭОТАР Медицина, 2000. – 211 с. – 17469. Рабец, А. М. Обстоятельства по возмещению вреда, причиненного жизни и здоровью Текст / А. М. Рабец. – М. : Федор, 1998. – 296 с.

65. Рыков, В. А. Медицинское право: справочник в вопросах и ответах Текст / В. А. Рыков. – Ростов н/Д : Феникс, 2002. – 288 с.

66. Семенов, В. Ю. Опыт реформирования здравоохранения в зарубежных странах Текст/ В. Ю. Семенов. – М. : Фед. фонд ОМС, 1997. – 256 с.

67. Смешанная экономика в здравоохранении: проблемы и перспективы. Децентрализация и приватизация как факторы повышения уровня оказания медицинской помощи Текст / Под ред. В. Самойленко. – М. : Острожье, 1996. – 270 с.

68. Социальное государство и защита прав человека. – М. : ИГПРАН, 1994. – 186 с.

69. СССР и международное сотрудничество в области прав человека: Документы и материалы Текст. – М. : Международные отношения, 1989. – 708 с.

70. Теория государства и права : Учебное пособие для высших учебных заведений Текст / Под ред. В. Г. Стрекозова. – М. : ИФК Омега-Л : Интерстиль, 2004. – 382 с.

71. Тимофеев И. В. Советы пациентам Текст. – СПб. : Издательство ДНК, 2013. – 92 с.

72. Тимофеев, И. В. Медицинская ошибка. Медико-организационные и правовые аспекты Текст / И. В. Тимофеев, О. В. Леонтьев. – СПб. : Издательство ДНК, 2012. – 80 с.

73. Тихомиров, А. В. Медицинская услуга. Правовые аспекты Текст / А. В. Тихомиров. М. : Филинъ, 1996. – 352 с.

74. Тихомиров, А. В. Медицинское право: практическое пособие Текст / А. В. Тихомиров. – М. : Статут, 1998. – 416 с. – 17580. Тихомирова, Л. В. Юридическая энциклопедия Текст / Л. В. Тихомирова, М. Ю. Тихомиров. – М. : Юринформцентр, 2011. – 971 с.

75. Управление в здравоохранении России и США. Опыт и проблемы Текст / Под ред. М. В. Удальцова и др. – Новосибирск : НГАЭиУ, 1997. – 190 с.

76. Ушаков, Е. В. Права и гарантии в системе медицинской помощи. Что нужно знать каждому пациенту Текст / Е. В. Ушаков. – М. : ТК Велби, КноРус, 2003. – 200 с.

77. Чиркин, В. Е. Конституционное право в Российской Федерации Текст / В. Е. Чиркин. – М. : Юристъ, 2012. – 480 с.

78. Чиркин, В. Е. Конституционное право: Россия и зарубежный опыт Текст / В. Е. Чиркин. – М. : Зерцало, 1998. – 441 с.

79. Шорников, А. Г. Взаимодействие Российской Федерации и ее субъектов в сфере здравоохранения (конституционно-правовое регулирование) Текст / А. Г. Шорников, В. М. Герасимов. – М. : Ин-т теоретико-приклад. исследований, 1998. – 21 с.

80. Шорников, А. Г. Право на здоровье: разграничение компетенции Федерации и ее субъектов Текст / А. Г. Шорников, В. М. Герасимов. – М. : ИТПИ, 2001. 167 с. – 176

81. 17 Сентября 1832 – родился Сергей Боткин, русский врач-терапевт. – URL: http://www.istpravda.ru (Дата обращения 22.05.2015 г.)

82. 5 Русских врачей, изменивших мир. – URL: http://defendingrussia.ru (Дата обращения 22.05.2015 г.)

83. FDA одобряет первый комбинированный таблетки для лечения гепатита С. – 10.10.2014. – URL: http://www.fda.gov (Дата обращения 24.05.2015 г.).

84. Вердечиа А., Франчиси С., Бреннер Х, Гатта Г., Мишель А., Мангон Л., Канклер И. Последние выживание рака в Европе: 2000-02 период анализ EuroCare-4 данных. – 2011. – URL: https://en.wikipedia.org (дата обращения – 22.05.2015).

85. Волк-Майер К. Гипертония Лечение и контроль в пяти европейских странах, Канаде и США. – Атлас 2011. – стр. 150–156. – URL: https://en.wikipedia.org (дата обращения – 22.05.2015).

86. Всемирный банк, показатели мирового развития – Обновлено 23 апреля 2013 г. – URL: http://www.indexmundi.com (Дата обращения 26.05.2015 г.).

87. Гепатит С. – URL: https://ru.wikipedia.org (Дата обращения 22.05.2015 г.)

88. До настоящего времени. – 22.01.2013. – URL: www.uptodate.com (Дата обращения 23.05.2015 г.).

89. Доменек Б. Что Конституция говорит о здравоохранении. – 23.12.2013. – URL: https://www.heartland.org (Дата обращения 24.05.2015 г.).

90. Дэвид С. Новое исследование находит 45000 смертей ежегодно связаны с отсутствием медицинского страхования. – Гарвардский вестник. – 27.08.2013. – URL: https://en.wikipedia.org (дата обращения – 22.05.2015).

91. Ебелинг А. Коммунистическая мечта и реальность советского общества. – 23.12.2013. – URL: http://fee.org (Дата обращения – 27.05.2015 г.).

92. Квиггин Дж. Предпочтения жизненного цикла потребления и более здоровья: при рентабельности анализ эквивалентно анализ затрат и выгод? – 22.01.2013. – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov (Дата обращения 26.05.2015 г.).

93. Коренные народы Южной Америки – аймара, кечуа, которые относятся к потомкам инков, гуарани и мапуче (арауканы). – 21.10.2012. – URL: http://100dorog.ru (Дата обращения 25.05.2015 г.).

94. Коуэн Т. Бедные американские результаты в сфере здравоохранения не Измерьте Нобелей и инноваций. – Нью-Йорк Таймс. – 09.10.2012. – URL: https: //en.wikipedia.org (дата обращения – 22.05.2015).

95. Направления, основные мероприятия и параметры приоритетного национального проекта «Здоровье» (утверждены президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов (протокол № 2 от 21 декабря 2005 г.). – URL: https:// www.rost.ru (Дата обращения 25.05.2015 г.).

96. О'Нил Е., О'Нил, Д. М. Состояние здоровья, здравоохранения и неравенство: Канада против США. Форум для экономики и политики в области здравоохранения. – 19.08.2013. – URL: https: //en.wikipedia.org (дата обращения – 22.05.2015).

97. Розенталь Э. Дорога здравоохранения на руины. – Нью-Йорк Таймс. – 21.12.2013. – URL: https: // en.wikipedia.org (дата обращения – 22.05.2015).

98. Страна сравнения: ожидаемая продолжительность жизни при рождении. – 22.01.2011. – URL: https://en.wikipedia.org (дата обращения – 22.05.2015).

99. Скотт В. В отличном здоровье: установив рекорд прямо на здравоохранение Америки и наметить путь для будущих реформ. – Стэнфорд, Калифорния: Институт Гувера Нажмите, Стэнфордский университет. – стр. 199–205. – URL: // https://en.wikipedia.org (дата обращения – 22.05.2015).

100. Фонд экономического образования. – 17.04.2013. – URL: http://fee.org (Дата обращения – 26.05.2015 г.).

101. Харвони (Harvoni). – URL: http://www.gilead.com (Дата обращения 22.05.2015 г.).

102. Хейман Д., Кассола А., Мишра Л. Конституционные права на здоровье, здравоохранение и медицинское обслуживание: состояние защиты здоровья в 191 странах. – URL: http:// www.tandfonline.com (Дата обращения 22.05.2015 г.).

103. Уитмен Г., Раад Р. Изгиб производительности Curve: Почему Америка ведет мир в медицинских инновациях. – Институт Катона. – 09.10.2012. – URL: https://en.wikipedia.org (дата обращения – 22.05.2015).

104. Cost-effectiveness analysis. – 27.08.2012. – URL: https://en.wikipedia.org (Дата обращения 27.05.2015 г.).

105. Gold MR et al. Cost-effectiveness in health and medicine. p. xviii. Экономическая эффективность в здоровье и медицине. p. XVIII. – URL: https://en.wikipedia.org (Дата обращения 27.05.2015 г.).

106. Nicole Cutler L.Ac. – November 12, 2014 Harvoni Is Here: The Once-a-Day, Single Hep C Pill. – URL: http://www.hepatitiscentral.com (Дата обращения 22.05.2015 г.).

107. Retirement age. – 20.11.2013. – URL: http://en.wikipedia.org (дата обращения – 27.05.2015 г.).

108. Treatment of HCV Genotype 1. – URL: http://www.hepatitisc.uw.edu (дата обращения 23.05.2015 г.).

Сведения об авторе

Александр Евгеньевич Истомин, признанный международный эксперт в области сравнительных исследований систем здравоохранения.