

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

ЮРИДИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА АДМИНИСТРАТИВНОГО ПРАВА И ПРОЦЕССА

**ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ**

Выпускная квалификационная работа
обучающегося по направлению подготовки 40.04.01 Юриспруденция,
магистерская программа «Правовое регулирование отношений в сфере
здравоохранения »

заочной формы обучения, группы 01001566
Кизиловой Ирины Владимировны

Научный руководитель:
доцент кафедры административного
права и процесса
к.ю.н. В. А. Внукова

Рецензент:
Главный врач ОГБУЗ
«Детская областная клиническая
больница» г. Белгорода
Проценко Роман Викторович

БЕЛГОРОД 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|-----|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 3 |
| ГЛАВА I. ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. | |
| 1.1. Права несовершеннолетних граждан на охрану здоровья в Российской Федерации..... | 20 |
| 1.2. Становление и развитие нормативных основ охраны здоровья несовершеннолетних граждан в Российской Федерации..... | 25 |
| ГЛАВА 2. ПРАВОВОЙ СТАТУС НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ. | |
| 2.1. Право несовершеннолетних граждан на медико-социальную помощь. | 34 |
| 2.2. Право несовершеннолетних на дачу информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство..... | 41 |
| 2.3. Право несовершеннолетних граждан на паллиативную помощь..... | 50 |
| 2.4. Право несовершеннолетних граждан на информацию о состоянии своего здоровья..... | 59 |
| 2.5. Особенности правоспособности несовершеннолетних пациентов.... | 63 |
| 2.6. Право несовершеннолетних на сохранение врачебной тайны..... | 72 |
| 2.7. Право семьи на охрану здоровья матери и ребенка | 79 |
| 2.8. Обязанности и ответственность несовершеннолетних граждан в сфере охраны здоровья..... | 82 |
| ГЛАВА 3. ГАРАНТИИ ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. | |
| 3.1. Социальные гарантии государства на охрану здоровья несовершеннолетних..... | 88 |
| 3.2. Совершенствование механизма судебной защиты прав несовершеннолетних при отказе законных представителей от медицинского вмешательства..... | 99 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 107 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ | 110 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность работы обусловлена тем, что в последнее время в государстве уделяется пристальное внимание вопросам гражданско-правового положения несовершеннолетних. Россия участвует в международных конвенциях, касающихся вопросов гражданско-правового положения несовершеннолетних. В связи с этим назрела необходимость обновления Российского законодательства в целях защиты прав несовершеннолетних, в том числе и в вопросах международного правового пространства и приведения внутреннего законодательства в соответствие с международными правовыми стандартами. Для устранения противоречивости, непродуманности и хаотичности в нормативных актах необходим был принципиальный пересмотр нормативных правовых актов, на которых базируется все социальное законодательство. Приведение его в строгую и отработанную систему взаимодействия векторов и целей развития, которые должны работать на достижение общей цели, которая законодательно закреплена в ст.7 Конституции Российской Федерации (5).

Для второй половины 90-х годов прошлого столетия была характерна повышенная законотворческая деятельность, стремительная эволюция российского законодательства, в том числе и в сфере здравоохранения. Страна готовилась к переходу к рыночным отношениям, поэтому остро встала проблема необходимости изменения и совершенствования законодательства в сфере охраны здоровья граждан. В настоящее время одной из главных социальных задач, которые стоят перед государством, является решение проблем в сфере охраны здоровья населения, обеспечения функционирования системы здравоохранения. Основой социально-экономических и медико-санитарных мероприятий явилась совокупность нормативных документов, направленных на соблюдение прав в

здравоохранении, обеспечивающих качественную и полноценную жизнь гражданина в правовом государстве.

Статьей 41 Конституции Российской Федерации законодательно закреплено, что каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь (5).

Государством признается право на охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития, также гарантировано обеспечение прав и законных интересов ребенка в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации" (9). Особой охране со стороны государства подлежат дети, независимо от их семейного и социального благополучия, включая заботу об их здоровье и обеспечение надлежащей правовой защиты в сфере охраны здоровья.

В государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения медицинская помощь оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

В Российской Федерации утверждена и действует Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 годы. На заседаниях Координационного совета при Президенте по реализации этой стратегии регулярно рассматриваются вопросы, связанные с обеспечением охраны и укрепления здоровья детей и подростков. Президент страны В.В. Путин в своих выступлениях в 2014 и в 2017 годах отмечал, что «состояние здоровья детей и подростков напрямую влияет на их дальнейшую жизнь, на их способность обрести профессию, создать семью, воспитать детей». Остается надеяться, что такая позиция руководства страны даст реальные результаты и медицинские организации, наконец, начнут в первую очередь обеспечиваться современным оборудованием, для медицинских работников таких организаций будут создаваться необходимые условия труда. Правовое обеспечение деятельности медицинских организаций также является эффективным механизмом обеспечения прав несовершеннолетних пациентов

и работников, которые трудятся в этой сфере, поэтому важно и необходимо рассматривать эти вопросы с точки зрения как теоретической, так и практической.

В Российской Федерации несовершеннолетние граждане имеют конкретные права в области охраны здоровья. Эти права закреплены в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 15.04.2017 г.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»(12). Право на бесплатную медицинскую помощь относится к основным правам пациента, о чем говорится в ст.19 данного Федерального закона (12). Медицинские организации, принадлежащие к государственной или муниципальной системе здравоохранения, прежде всего, реализуют права несовершеннолетнего пациента на получение бесплатной медицинской помощи. Частные медицинские организации также имеют возможность реализации прав пациента, но чаще всего это осуществляется в рамках платного оказания медицинских услуг, а по полису обязательного медицинского страхования только в том случае, если данная медицинская организация входит в систему обязательного медицинского страхования. Такие медицинские организации указаны в Территориальной Программе государственных гарантий оказания гражданам конкретного региона бесплатной медицинской помощи на конкретной территории, которая ежегодно утверждается постановлением Правительства каждого региона Российской Федерации.

Программой определены категории и виды медицинской помощи, которая оказывается несовершеннолетним гражданам бесплатно, за счет средств обязательного медицинского страхования:

- 1) первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;
 - 2) скорая, в том числе скорая специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;
-

3) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

4) паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Объект исследования составляет совокупность общественных отношений, складывающихся в гражданском обществе при реализации прав несовершеннолетних граждан на охрану здоровья.

Предмет исследования составила совокупность правовых норм регулирующих общественные отношения, складывающиеся при реализации права несовершеннолетних граждан на охрану здоровья. Проанализированы локальные акты, материалы судебной практики, выводы которых позволили сделать заключение о современном состоянии регулирования в рассматриваемой сфере, а также выявить пробелы в нормативных правовых актах. Кроме того, предметом исследования стали научные публикации, раскрывающие историю и опыт развития в анализируемой сфере, а также практика применения законодательства в зарубежных странах.

Цель исследования заключается в детальном исследовании прав и обязанностей несовершеннолетних участников общественных отношений, которые возникают в процессе оказания им медицинской помощи, выстраивании взаимосвязи всех участников, систематизации их прав, изучении судебной практики по рассматриваемой теме, выработке и обосновании теоретических положений о достаточности или необходимости дальнейшего совершенствования законодательства в данной сфере, реализации и защите прав на охрану здоровья несовершеннолетних граждан Российской Федерации и пути развития законодательства в этом направлении.

В соответствии с указанной целью можно определить следующие **задачи исследования:**

- проанализировать систему нормативных правовых актов, закрепляющих права, обязанности, ответственность участников общественных отношений,

возникающих при оказании медицинской помощи Российской Федерации не достигшим 18-летнего возраста;

- рассмотреть реализацию права несовершеннолетних граждан на дачу информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

- проанализировать реализацию права детей на получение паллиативной помощи;

- исследовать право несовершеннолетних граждан на получение информации о состоянии своего здоровья;

- рассмотреть вопросы реализации права матери и детей на охрану здоровья;

- исследовать существующие социальные гарантии в сфере охраны здоровья несовершеннолетних;

- рассмотреть конституционные основы охраны здоровья несовершеннолетних граждан Российской Федерации;

- раскрыть содержание и проанализировать конституционные права несовершеннолетних граждан на охрану здоровья;

- исследовать пути развития законодательного регулирования и проблемы реализации прав несовершеннолетних граждан на оказание качественной медицинской помощи;

- исследовать гарантии права несовершеннолетних граждан на охрану здоровья;

- проанализировать обязанности и вопросы ответственности лиц, не достигших совершеннолетия в сфере оказания медицинских услуг;

- рассмотреть наличие, сущность и систему гарантий права на охрану здоровья граждан несовершеннолетнего возраста;

- исследовать социальные гарантии государства на охрану здоровья несовершеннолетних;

- рассмотреть судебную практику по вопросам защиты прав несовершеннолетних при отказе законных представителей от медицинского вмешательства;

- сделать выводы о состоянии современного законодательства по вопросам реализации прав несовершеннолетних граждан на охрану здоровья и предложить возможные пути совершенствования действующего законодательства в данной сфере.

Степень научной разработанности проблемы.

В настоящее время написано много работ, анализирующих права граждан в сфере охраны здоровья, проведен анализ системы государственных гарантий в этой области, однако отсутствует комплексное научное исследование, в котором бы рассматривались в совокупности вся совокупность прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, а работ, в которых бы анализировались обязанности несовершеннолетних пациентов, практически нет. Существует ряд работ, в которых анализируются государственные гарантии, предоставляемые гражданам в сфере охраны здоровья, однако, нет работ, в которых эти вопросы конкретизированы в отношении несовершеннолетних граждан. Чаще всего в научных статьях рассматриваются обязанности учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь, однако, отсутствуют труды, в которых анализировались бы обязанности родителей или опекунов несовершеннолетнего ребенка, во главу исследований не ставится принцип, что охрана здоровья несовершеннолетних является не только обязанностью государства, но и законных представителей несовершеннолетних граждан, и совместное их взаимодействие должно быть, прежде всего, направлено на создание наиболее комфортных условий для развития родившегося ребенка.

Теоретическую основу проведенного исследования составили выводы и положения отечественных специалистов в области медицинского, семейного и административного права. Прежде всего, это работы Ю.Д. Сергеева, А.А.Мохова, А.М.Рабец, П.В.Крашенинникова, Б.М.Гонгало, Л.Ю.Михеевой. Кроме того, изучены труды А.Т.Боннер, Хамитовой Г.Н., Акопова В.И., О.А.Рузаковой, М.В.Антокольской, Л.М. Пчелинцевой, М.С.Каменецкой,

В.Г. Галь, Т.В. Красновой, Е.В. Алексеевой, О.Б.Кожеуровой, Е.В. Григорович, Э.А. Исаевой и ряда других исследователей, которые изучают вопросы реализации прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. Относительно вопросов прав несовершеннолетних граждан предметом теоретического исследования явились работы М.Г. Зариповой, О.Ю. Ильиной, С.В. Гландина, З.Н.Горбунова и других.

Нормативно-правовую основу работы составили источники:

Рекомендации Rec. (2003) 24 Комитета министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи. М.: Медицина за качество жизни. 2005: 30. Availableat: <http://pallcare.ru/ru/images/user/Ryskversion3.pdf>.

Конституция Российской Федерации (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 [N 6-ФКЗ](#), от 30.12.2008 [N 7-ФКЗ](#), от 05.02.2014 [N 2-ФКЗ](#), от 21.07.2014 [N 11-ФКЗ](#)) // СИС <http://www.consultant.ru>

Федеральный закон от 24 июля 1998 г. N 124-ФЗ "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации" (в ред. от 28.12.2016 N 465-ФЗ) // СИС <http://www.consultant.ru/>

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.04.2017) Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации // СИС <http://www.consultant.ru/>

Рекомендации Rec. (2003) 24 Комитета министров Совета Европы государствам-участникам по организации паллиативной помощи. М.: Медицина за качество жизни. 2005: 30. Availableat: <http://pallcare.ru/ru/images/user/Ryskversion3.pdf>.

Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями. М.: Практическая медицина, 2014- 208 с.

Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1175н (ред. от 21.04.2016) «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» // СИС www.consultant.ru/

Приказ Минздрава России от 14 апреля 2015 г. N 187н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» // СИС//www.consultant.ru/

Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология» (Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 года № 909н) // СИС//www.consultant.ru/.

Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «неонатология» (Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 года № 921н) // СИС//www.consultant.ru/.

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 года № 58 «Об утверждении САНПИН 2.1.3.2630-10 “Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность”»// СИС//www.consultant.ru/.

Приказ Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области № 3537 от 29 декабря 2015 года «Об организации паллиативной медицинской помощи детям» // СИС www.consultant.ru/

Методологическая основа исследования. Совокупность методов исследования, примененных в работе, обуславливается изучением вопросов правового регулирования форм оказания медицинской помощи несовершеннолетним, как наиболее незащищенному классу в гражданском обществе, обуславливается изучением этих явлений в динамике, с учетом имеющегося международного опыта. С этой целью было применено использование диалектического метода исследования. В работе также были использованы общенаучные методы: метод логического анализа, синтеза, дедукции, индукции, методы анализа, абстрагирования. Нашли применение и

использование также и частно- научные методы, например, такие как историко-правовой анализ, сравнительно правовой анализ, формально-юридический, статистический методы.

Применение формально-юридического метода позволило проанализировать права несовершеннолетних граждан, получающих специализированную медицинскую помощь, в том числе старше 15 лет, права детей и использование права добровольного информированного согласия в их отношении законными представителями. Синтез и метод сравнения во многом позволили проанализировать и понять характер правовых связей, устанавливаемых между лицами, участвующими в реализации оказания специализированной медицинской помощи и использование современных методов и технологий лечения.

Сравнительно-правовой анализ позволил не просто изучить зарубежный опыт правового регулирования применения закрепленных прав детей в мировом опыте, но и с учетом лучших, наиболее приемлемых в Российской Федерации методов, предложить способы регулирования правовых вопросов в нашей стране.

Таким образом, применение названных методов позволило осуществить комплексное изучение предмета исследования.

Эмпирическую базу исследования составили аналитические и статистические данные Всемирной организации здравоохранения, опубликованные данные Федеральной службы государственной статистики, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства образования и науки, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Формулирование выводов и предложений основывалось на анализе официальных публикаций, стенограмм заседаний, заключений по рассматриваемым вопросам, размещенных на интернет-сайтах Государственной Думы Федерального

Собрания Российской Федерации, Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации Президента РФ, Правительства РФ, на портале «Открытое Правительство», Верховного Суда Российской Федерации, судов общей юрисдикции, В работе использовались материалы, размещенные в Справочной Информационной системе «Консультант Плюс», научные журнальные публикации, данные средств массовой информации.

Практическая значимость исследования. Полученные в работе выводы могут быть использованы при чтении курсов лекций по семейному праву, по медицинскому праву, по правовому регулированию отдельных видов врачебной деятельности, по правовому регулированию деятельности врача. Результаты исследования позволяют конкретизировать рекомендации по дальнейшей разработке вопросов правового закрепления прав ребенка, участвующих в реализации программ оказания различных видов медицинской помощи. Материалы выпускной квалификационной работы могут быть использованы при подготовке учебной и методической литературы, а также в учебном процессе высших и средних учебных заведений как юридического, так и медицинского направления, могут послужить базой для проведения дальнейших научных исследований в этой области.

Апробация работы. Основные положения и выводы, сформулированные в работе, отражены в публикациях автора:

1. Внукова В.А., Кизилова И.В. Паллиативная помощь в педиатрической практике: юридические и психологические вопросы (на примере Белгородской области). Нравственные императивы в праве, образовании, науке и культуре. Материалы V международного молодежного форума. Белгород, 2017 г.
2. Внукова В.А., Кизилова И.В. Юридические и психологические аспекты оказания паллиативной помощи в педиатрической практике - за и против совместного пребывания детей и родителей в палатах отделений реанимации

и интенсивной терапии // Стоматология славянских государств: сборник трудов X Международной научно-практической конференции, посвященной 25-летию ЗАО «ОЭЗ «ВладМиВа».- Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ». 2017.- с.67-71

Структура и объем работы определены предметом исследования и логикой изложенного материала. Работа состоит из введения, 3 глав, объединяющих 12 параграфов, заключения, списка используемой литературы.

Научная новизна исследования определяется тем, что представленная работа является комплексным исследованием правового регулирования оказания медицинской помощи несовершеннолетним, как в западных странах, так и в Российской Федерации, в которой детально проанализированы права и обязанности лиц, участвующих в применении разных форм оказания медицинской помощи. Научная новизна заключается в применении комплексного подхода к вопросам правового регулирования отношений в рассматриваемой сфере, которая заключается в особом характере отношений, складывающихся между субъектами, участвующими в реализации программы оказания медицинской помощи несовершеннолетним, регулируемых нормами нормативных правовых актов, регулирующих отношения в сфере охраны здоровья несовершеннолетних граждан.

В работе изложены как основы правового регулирования столь сложных биологических и медицинских вопросов, так и сформулированы и обоснованы предложения по совершенствованию механизма их правового регулирования. Все предложения направлены на защиту интересов прав ребенка.

Результатом исследования являются предложения по внесению изменений и дополнений в действующее законодательство, направленные на совершенствование правового регулирования некоторых вопросов, которые в настоящее время либо не урегулированы вовсе или урегулированы недостаточно четко и однозначно.

На защиту выносятся следующие основные выводы и предложения:

Конкретные результаты исследования выражаются в следующих положениях, выносимых на защиту:

1. В нормах международного права понятие права граждан, не достигших совершеннолетия, на оказание медицинской помощи включают совокупность следующих прав:

1) прохождение медицинских осмотров, прохождение диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, оказание медицинской помощи, в установленном порядке;

2) оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха в установленном порядке;

3) санитарно-гигиеническое просвещение, обучение и труд в условиях, соответствующих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;

4) медицинскую консультацию без взимания платы при определении профессиональной пригодности;

5) получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме;

6) на сохранение врачебной тайны.

2. Несовершеннолетние граждане, являясь полноценными гражданами Российской Федерации, в полной мере обладают правом на охрану здоровья и медицинскую помощь. Более того, за ними дополнительно закреплены следующие права:

1) прохождение медицинских осмотров, в том числе профилактических медицинских осмотров, в связи с занятиями физической культурой и спортом, прохождение диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, оказание медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на условиях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации;

- 2) оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
 - 3) санитарно-гигиеническое просвещение, обучение и труд в условиях, соответствующих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;
 - 4) медицинскую консультацию без взимания платы при определении профессиональной пригодности в порядке и на условиях, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации;
 - 5) получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме.
 - б) несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет или больные наркоманией несовершеннолетние в возрасте старше шестнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него.
 - 7) дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, до достижения ими возраста четырех лет включительно могут содержаться в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на условиях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации.
3. Действующее законодательство регулирует в основном административно-организационные и управленческие отношения в области здравоохранения, не уделяя практически внимание механизмам правовой защиты несовершеннолетних пациентов. Органы государственной власти РФ, субъектов РФ и органы местного самоуправления в соответствии со своими полномочиями обязаны разрабатывать и реализовывать программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности, формирование у детей и

их родителей мотивации к здоровому образу жизни, и принимают соответствующие меры по организации обеспечения детей лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями. Принцип приоритета охраны здоровья детей означает, что несовершеннолетние имеют право на первоочередное получение медицинской помощи.

4. При оказании медицинской помощи несовершеннолетним следует учитывать особенности, закрепленные в действующих правовых актах:

во-первых, несовершеннолетние обладают ограниченной гражданской дееспособностью, с увеличением возраста объем гражданских прав детей постепенно нарастает;

во-вторых, право на подписание информированного добровольного согласия несовершеннолетними гражданами также имеет особенности. При оказании медицинской помощи оно возникает у лица при достижении им: 1) в обычной практике с 15-летнего возраста; 2) с 16-летнего возраста – для лиц, больных наркоманией; 3) с 18-летнего возраста – при осуществлении трансплантации органов и тканей человека;

в-третьих, право на сохранение врачебной тайны. С момента наступления указанного выше возраста врач никому (включая родителей или иных законных представителей) и ни под каким предлогом не вправе разгласить сведения, составляющие врачебную тайну, пока сам правообладатель этих сведений лично не разрешит это сделать.

5. Право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него имеют несовершеннолетние старше 15 лет. В то же время по Семейному кодексу Российской Федерации всю полноту ответственности в случае ухудшения физического, психического и нравственного состояния подопечного несовершеннолетнего ребенка до достижения им 18 лет продолжают нести родители. Полагаем, что не следует в полной мере передавать возможность принятия самостоятельного решения

в отношении своего здоровья несовершеннолетним, не достигшим 18 лет, особенно в репродуктивной сфере.

6. Правовое регулирование процедуры прерывания беременности предусмотрено для совершеннолетней женщины. При этом не рассматривается ситуация, когда искусственное прерывание беременности осуществляется у несовершеннолетней, поэтому медицинские работники процедуру искусственного прерывания беременности для несовершеннолетней пациентки в возрасте от пятнадцати до восемнадцати лет применяют по аналогии с процедурой для совершеннолетней женщины. При этом обязанность медицинской организации (медицинских работников) оповестить, пригласить ее родителей, усыновителей или попечителей для непосредственного участия в решении очень важных вопросов законодателем не просто не предусмотрена, а противоречит требованиям.

Считаем, что данные пробелы законодательства недопустимы, требуется дальнейшее совершенствование законодательства в области защиты прав несовершеннолетних, особенно при оказании им медицинской помощи.

7. Для отображения особенностей гражданской правоспособности несовершеннолетних пациентов целесообразно ввести в правовой оборот категорию «медицинская правосубъектность», под которой следует понимать право и способность физического лица своими действиями, действиями законных представителей осуществлять права и обязанности в сфере охраны здоровья. Категория «медицинская правосубъектность», является частью гражданской правосубъектности, позволяет четко обозначить особенности реализации прав несовершеннолетних. Они, выступая специальными субъектами права, обладают медицинской (специальной) правосубъектностью в силу того, что у них есть гарантированные законом особые (дополнительные) права для реализации в медико-правовых отношениях. Если по общему правилу гражданская правоспособность физического лица возникает с момента рождения и заканчивается смертью, то в медицинской сфере применение этого правила имеет свою специфику:

права ребенка в сфере охраны здоровья могут возникнуть и до рождения.

8. Для детей, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, реализация права на получение медицинской помощи должна быть в полном объеме свободной и не обремененной каким-либо софинансированием. Думается, что оказание им платных медицинских услуг должно осуществляться только при их согласии медицинскими организациями частной формы собственности и только при заключении договора об оказании платных медицинских услуг в обязательной письменной форме.

9. Нарушения прав несовершеннолетних пациентов часто связаны с недостаточным уровнем правовой, деонтологической и психологической подготовки медицинских работников. Чтобы обеспечивать права несовершеннолетних пациентов в полной мере, требуются комплексные решения: внедрение эффективных организационных и медицинских технологий оказания помощи детям, осуществление ведомственного и внутреннего контроля за реализацией прав пациента.

10. Оправданным является предоставленное ФЗ «Об основах охраны здоровья» право медицинской организации в судебном порядке выступать в защиту интересов несовершеннолетних граждан, если:

- законный представитель пациента отказывается от проведения медицинского вмешательства;

- медицинское вмешательство необходимо для спасения жизни ребенка .

Применительно к несовершеннолетним названная норма коррелирует с ч. 3 ст. 65 Семейного кодекса Российской Федерации, возлагающей обязанность на должностных лиц организаций и иных граждан, которым станет известно об угрозе жизни или здоровью ребенка, сообщить об этом органу опеки и попечительства по месту фактического нахождения ребенка. Однако, гражданское процессуальное законодательство содержит пробел, практически нивелирующий исследуемую норму и сводящий на нет возможный положительный эффект от ее введения в здравоохранительное

законодательство.

Предложения по совершенствованию действующего законодательства:

- следует законодательно предусмотреть права ребенка в сфере охраны здоровья и до рождения, подобно нормам международного права, а именно: на сохранение его здоровья в утробе матери, получение высокотехнологичной медицинской помощи, и др.;

- следует внести уточнения в законодательство, а именно в п. 1 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», акцентировав внимание на том, что каждый пациент, независимо от его возраста, может вовлекаться в процесс принятия решения по вопросам, связанным с его здоровьем, в полной мере соответственно возможностям гражданина;

- следует в ст. 2 Федерального закона № 323-ФЗ закрепить понятие «медицинская правосубъектность», а ее содержание - раскрыть в отдельной новой главе данного Закона «Охрана здоровья отдельных категорий граждан», конкретизировав гражданские права и обязанности различных категорий пациентов, включая детей;

- необходимо дополнить гражданско-процессуальный кодекс РФ главой о защите интересов несовершеннолетних в рамках особого производства, поскольку данная категория дел не связана со спором о праве. Полагаем, что рассмотрение и разрешение таких дел судом может осуществляться по общим правилам гражданского судопроизводства с учетом особенностей, связанных с совершенствованием механизма защиты прав несовершеннолетних лиц при отказе законных представителей от медицинского вмешательства.

**ГЛАВА I. ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

1.1. Право несовершеннолетних граждан на охрану здоровья в РФ.

В Международной Декларации, регламентирующей права детей, указано, что ребенком считается лицо, не достигшее 18-летнего возраста (1). В Российской Федерации совершеннолетие достигается с наступлением 18 лет.

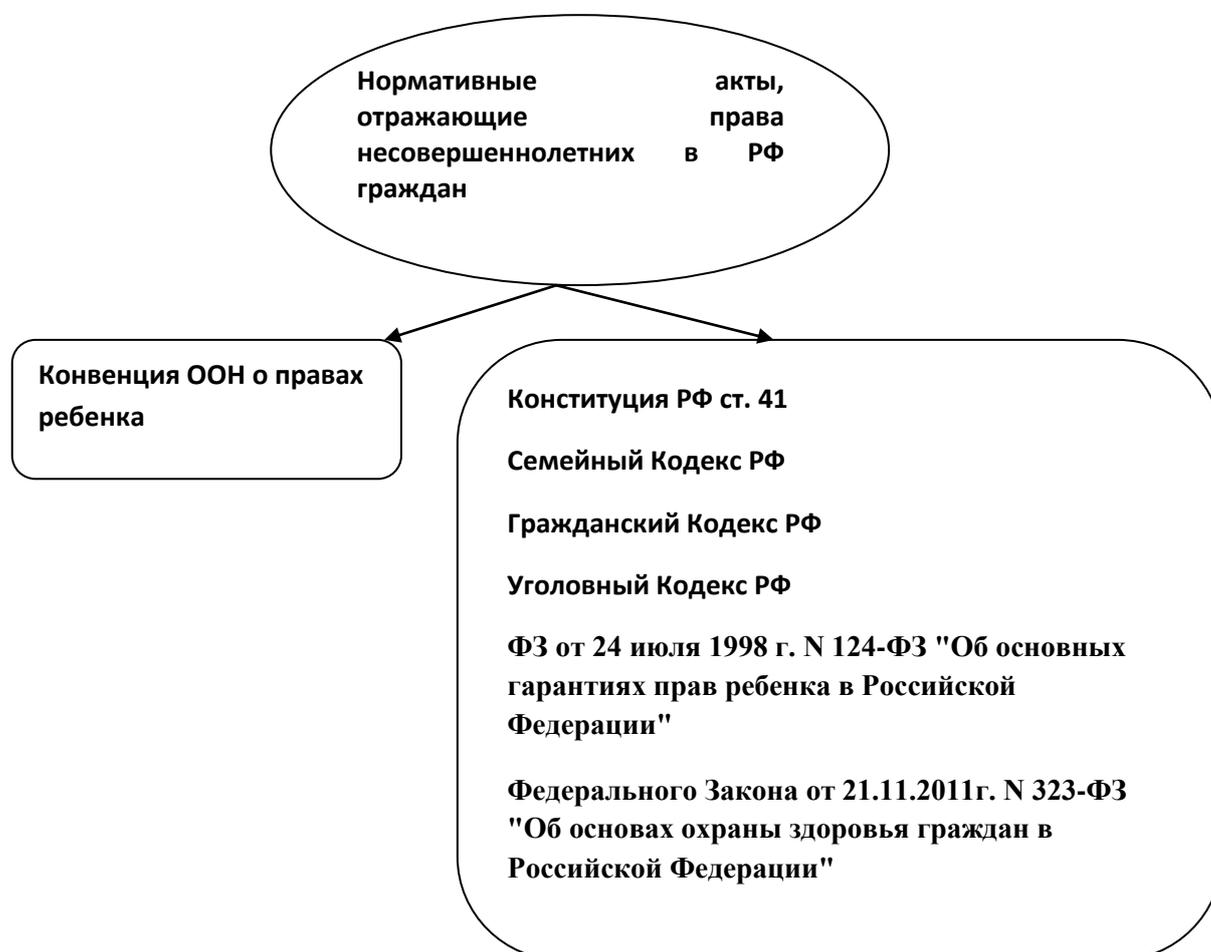


Рис.1.1 Нормативные акты, отражающие права несовершеннолетних в РФ граждан

Развитие общества привело к развитию системы права, которая напрямую коснулась и развития законодательства по охране здоровья детей. В связи с тем, что дети являются самыми незащищенными гражданами общества, Генеральной Ассамблеей Организацией объединенных наций в 1959 году была провозглашена Декларация прав ребенка. Был создан международно-правовой документ, регламентирующий некоторые права детей, как категории, которая, нуждается в особой заботе и внимании, так как чрезвычайно уязвима по причине возраста. В Декларацию были внесены такие права детей, как право пользования благами социального обеспечения и право на здоровый рост и развитие; право на первоочередную защиту и

помощь. В продолжение развития общественных отношений и развития заботы государств о защите подрастающего поколения большое значение для защиты детей во всем мире стало принятие 20 ноября 1989 года Генеральной Ассамблеей ООН Конвенции о правах ребенка. Россия как социальное и правовое государство через год ратифицировала принятие Конвенции о правах ребенка. На рис 1.1 отображены права несовершеннолетних граждан Российской Федерации. Россия взяла на себя обязательство неукоснительно исполнять все положения данного международного законодательного акта. Конвенция в своем роде является единственным международным документом, который наиболее полно закрепляет права ребенка и может выступать инструментом для защиты и реализации его прав на международном уровне. Согласно Конвенции, право на жизнь - неотъемлемое право каждого ребенка, это базовое, отправное правомочие личности, лежащее в основе соблюдения всех прочих прав и свобод (2). Хотелось бы отметить, что право на жизнь взаимосвязано с правом на здоровье. Философски рассуждая можно утверждать, что право на здоровье в определенном смысле является конкретным выражением права на жизнь, и вытекает из него. В ст. 6 Конвенции говорится, что государства-участники должны в максимально возможной степени обеспечивать выживание и здоровое развитие ребенка (2). Также в ст.23 указано о признании государствами-участниками прав неполноценных детей на медицинское обслуживание, восстановление здоровья и других прав, о предоставлении таким детям помощи, по возможности, бесплатно с учетом финансовых ресурсов родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ребенке(2). Кроме того, в ст. 24 Конвенции указано на то, что государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья, стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения, добиваются полного осуществления данного права (2).

Основами законодательства об охране здоровья определено, что право на бесплатное оказание медицинской помощи в государственной и муниципальной системах здравоохранения имеют все несовершеннолетние граждане Российской Федерации. Их права закреплены в ст. 54 Федерального Закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (12).

В Законе также указано, что дети-сироты, и дети, оставшиеся без попечения родителей, дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, до достижения ими возраста четырех лет включительно имеют право содержаться в медицинских организациях государственной системы (12).

Основные права пациента в области охраны здоровья пациента закреплены в ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»(12).

В ст. 22 Федерального Закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закреплено право граждан на информацию о состоянии здоровья (12).

В ней отражено, что каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Право гражданина также непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина должны быть предоставлены копии медицинских документов, которые отражают состояние его здоровья, с оговоркой, что если в этих документах не затрагиваются интересы третьих лиц. Информация о состоянии здоровья несовершеннолетних в возрасте старше пятнадцати лет или больных наркоманией несовершеннолетних в возрасте

старше шестнадцати лет предоставляется родителям или иным законным представителям.

Также в соответствии со ст. 20 того же Федерального Закона необходимым условием медицинского вмешательства является добровольное согласие гражданина (или его законного представителя) на медицинское вмешательство (12). Законный представитель должен быть соответствующим образом заранее информирован о предстоящем медицинском вмешательстве, то есть он получил сведения о состоянии здоровья несовершеннолетнего гражданина, в том числе и информацию о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе, прогнозе, методах лечения и их риске, предполагаемых вариантах медицинского вмешательства, а также о результатах проведенного лечения. Давать информированное согласие на медицинское вмешательство или отказываться от него могут самостоятельно и несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет. Согласие на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних младше 15 лет дают их родители, законные представители. Если законные представители отсутствуют, решение о медицинском вмешательстве принимается консилиумом, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащим или дежурным врачом с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей, о проведенном медицинском вмешательстве (12). При отказе от медицинского вмешательства несовершеннолетнему гражданину старше 15 лет или законному представителю в доступной для формы должны быть разъяснены все возможные последствия такого отказа. Отказ оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином, если он старше 15 лет, либо его законным представителем, а также медицинским работником, которым разъяснены условия, методы и возможные риски медицинского вмешательства. При отказе родителей или иных законных представителей несовершеннолетнего от медицинской помощи, необходимой

для спасения жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов несовершеннолетних граждан.

В Федеральном Законе закреплено право граждан на сохранение врачебной тайны. Врачебная тайна - это запрет для медицинского работника на распространение информации о медицинском состоянии пациента. Право на сохранение врачебной тайны регулируется ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Следовательно, Основы регулируют взаимоотношения граждан, органов государственной власти и управления, хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан. Наряду с Основами на правовое регулирование здравоохранения в РФ направлены многие другие законодательные акты (специальные федеральные законы).

1.2. Развитие конституционных основ охраны здоровья несовершеннолетних граждан РФ.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах здравоохранения для граждан в Российской Федерации» (12) гласит, что охрана здоровья представляет собой сочетание мер политического, экономического, правового, культурного, социального, медицинского, гигиенического, противоэпидемического и научного характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья детей, предоставление им медицинской помощи в случае потери здоровья.

Преобразования в обществе, направленные на инновационное развитие, не могли не привести к изменениям в сфере охраны здоровья населения. В течение нескольких лет современное здравоохранение интенсивно переходило от государственной системы, существовавшей на протяжении многих десятилетий, к более совершенной, гибкой и современной системе

социального страхования. Прежде всего, реформа национального здравоохранения была вызвана необходимостью принятия более эффективных мер по увеличению рождаемости, высокой смертности с уменьшением продолжительности жизни с заметным ухудшением состояния здоровья населения, экологической ситуацией, и потерей семейных ценностей в обществе. Система обязательного медицинского (социального) страхования, прежде всего, должна была обеспечить включение пациента в систему отношений здравоохранения, обеспечить его активное участие в процессе сохранения и укрепления здоровья, защиты его прав при получении медицинской помощи. Основным звеном в реформах было создание оптимального соотношения медицинских и общественных связей, специализированных и высокотехнических видов медицинской помощи; проведение децентрализации системы медицинского обслуживания, создание новых моделей здравоохранения, которые отвечали бы потребностям и уровню развития конкретных областей. Выбор форм и методов, реализованных в системе здравоохранения преобразований, был выполнен с учетом потребности населения в медицинской помощи, экономических возможностей и потребностей общества и удовлетворения этих потребностей. Долгое время считалось, что уровень медицинской помощи определяется расходами государства на здравоохранение. Однако это положение в значительной степени утратило свое значение с начала 1960-х годов. Именно в этот период были изложены негативные тенденции в динамике здоровья практически во всех странах. На основе серии исследований выяснилось, что имеющийся путь развития здравоохранения исчерпал себя, и в это время обществу требуются новые подходы и концепции для развития медицинской помощи. Среди основных концепций развития здоровья в мире были определены две области развития, на основе которых в большинстве развитых стран была построена современная система охраны здоровья. В рамках первой концепции было установлено, что здоровье людей зависит не только от состояния здоровья, но и от образа и

условий жизни с их социальными и индивидуально-поведенческими характеристиками, а также от состояния окружающей среды. Это направление было очень успешным среди сторонников реформы мировой реорганизации здравоохранения и превратилось в стратегию укрепления здоровья и профилактики заболеваний, которая в настоящее время реализуется во многих странах в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения в качестве программы «Здоровье для всех». В рамках второй концепции была указана необходимость развития и повышения эффективности медицинских услуг и предусматривался переход от экстенсивного пути развития здравоохранения к интенсивному. Такой подход основывался на выводах, которые во многих странах были сопоставимы с затратами, стремились найти такую оптимальную модель развития здравоохранения, при которой при относительно небольших ресурсных затратах можно было бы получить хорошие результаты в форме улучшения показателей здоровья населения. Создание системы контроля качества медицинской помощи и эффективного использования всех видов ресурсов подразумевает переход от экстенсивных к интенсивным способам развития здравоохранения. Процесс перехода затянулся на долгие годы, а реформы здравоохранения продолжаются во всех странах мира на сегодняшний день.

Каждая страна определяет для себя свой собственный путь, принимая во внимание законодательные и социально-экономические характеристики государства и общества. Основываясь на данных глобальной практики, национальные системы здравоохранения могут быть определены тремя основными организационными и экономическими вариантами: 1) государственным (бюджетом), 2) частным здравоохранением (система, основанная на добровольном (частном) медицинском страховании или прямой оплате медицинской помощи), 3) системы здравоохранения, основанной на социальном (обязательном) медицинском страховании.

Система государственного здравоохранения продолжает развивать так называемую благотворительную медицину, в которой церковь и государство взяли на себя обязанность поддержания данной системы, направленной на оказание медицинской помощи малоимущим слоям населения.

Источником финансирования здравоохранения в рамках такой системы являются государственные налоги, а структурами, аккумулирующими финансовые ресурсы здравоохранения, являются бюджеты разных уровней. Медицинское обслуживание финансируется в основном на структурной основе (возмещение стоимости учреждения в целом, а не оплата отдельных медицинских услуг). Медицинские организации в этом случае имеют государственный некоммерческий статус и являются исполнителями общественного порядка, находясь в строгом государственном и финансовом представлении. Основным способом планирования и управления государственной системой является централизованное (унитарное) управление.

Впервые в Конституции СССР в 1977 году право граждан защищать свое здоровье было закреплено и обеспечено рядом государственных гарантий. Система гарантий также определялась гарантией бесплатной медицинской помощи. Организация медицинских ресурсов была исключительной собственностью государства, врачи государственными служащими. Осуществление финансирования здравоохранения осуществлялось из государственного бюджета.

Как показал мировой опыт, государственная система здравоохранения также имеет серьезный недостаток: она не предоставляет возможности выбора врача и медицинского учреждения пациентом. В рамках государственной системы медицинского обслуживания наблюдается слабое внедрение новых методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, недостаточных условий для творческого потенциала, адаптации

общих моделей организации помощи к региональным условиям и потребностям. С этой системой также происходит значительное отвлечение финансовых ресурсов для обслуживания слабо оснащенных учреждений, которые не имеют высококвалифицированного персонала и не оказывают адекватной медицинской помощи.

Частная система здравоохранения строится на добровольном (частном) медицинском страховании и прямой оплате медицинской помощи потребителями (платная медицина). Частная система характеризуется, прежде всего, негосударственным, коммерческим статусом страховых, медицинских и других организаций, аккумулирующих финансовые средства здравоохранения и оказывающих медицинскую помощь; большой выбор медицинских учреждений, врачей; нерегулируемое ценообразование на медицинские услуги. Частное здравоохранение характеризует широкий спектр медицинских учреждений, как с точки зрения уровня качества и стоимости медицинских услуг, так и с точки зрения обеспечения удовлетворения разнообразных индивидуальных потребностей граждан; отсутствие очередей для оказания медицинской помощи; особое внимание к качеству медицинского обслуживания, защите прав потребителей; высокие доходы врачей и других медицинских работников. Однако, несмотря на очевидные преимущества частной системы здравоохранения, она не изолирована в чистом виде в любой стране мира, что связано с некоторыми из ее негативных аспектов. Отрицательными аспектами частного здравоохранения являются, прежде всего, высокая стоимость медицинских услуг и, следовательно, недоступность медицинской помощи для больших слоев населения. Частная медицина уделяет мало внимания первичной помощи на дому и профилактике, страдает от чрезмерной гипердиагностики (проведение обширных, иногда ненужных обследований), уделяет приоритетное внимание лечению более «легких» заболеваний и т. Д. В то же время контроль за качеством медицинской помощи и регулирование ее затруднено, медицинские технологии, которые используются, в некоторых

случаях могут быть небезопасными для здоровья пациентов. Появление частного здравоохранения исторически ассоциировалось с удовлетворением потребности в высококачественных и дорогостоящих медицинских услугах для обеспеченных слоев населения, и поэтому эта система не может рассматриваться как организационная и финансовая основа национальной системы общественного здравоохранения в целом. Частная система используется в качестве дополнения к общественному здравоохранению или социальному страхованию. Характерной особенностью системы регулируемого страхования является разнообразие форм собственности и управления, как медицинских организаций, так и физических лиц, оказывающих услуги страхователю; регулируемое ценообразование на медицинские услуги, различные формы и способы оплаты медицинской помощи.

Законодательство и перечень правовых документов в области здоровья человека являются базовой основой для социально-экономических и медико-санитарных мер, которые обеспечивают достойную жизнь для людей в обществе, поскольку каждый из ее членов является реальным или потенциальным пациентом. В связи с особенностями психофизиологического состояния почти полная зависимость человека от лечащего врача, которому он доверяет самое дорогое – его здоровье, юридическое сопровождение оказания медицинской помощи, в первую очередь, должно быть направлено на своевременное, четкое и последовательное соответствие пациента правам пациента.

Право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в Конституции Российской Федерации (статья 41). Государство принимает меры, направленные на развитие предоставления медицинских услуг, в том числе бесплатное и платное медицинское обслуживание, а также медицинское страхование. Прорывом в области охраны здоровья и защите прав граждан на оказание медицинской помощи населению России стало

принятие 22 июля 1993 года «Основ законодательства Российской Федерации о защите здоровья граждан».

В Европейском региональном комитете Всемирной организации здравоохранения в 2005 году в Бухаресте (66) была принята Европейская стратегия в области охраны здоровья и развития детей и подростков. В ней говорилось, что дети – это инвестиции в общество будущего. От здоровья детей, их физического и нейропсихического развития, в том числе в подростковом возрасте, во взрослой жизни в первую очередь будет зависеть уровень благосостояния и стабильности в странах европейского региона в ближайшие десятилетия. Инвестиционные ресурсы, т. Е. инвестиции в детей и подростков, необходимы по следующим причинам.

1. Конвенция о правах ребенка устанавливает моральные и правовые обязательства по защите и охране прав детей и подростков.

2. Развитие здорового поколения в будущем создаст более здоровое общество, и это будет иметь благоприятное развитие для общества в целом и для отдельных граждан.

3. Здоровое поколение окажет положительное влияние на экономический рост и устойчивое развитие, поскольку усилия будут направлены на наиболее важные этапы развития ребенка. Такие действия, если смотреть с точки зрения всего жизненного цикла, могут обеспечить наиболее рациональное и эффективное использование ресурсов отдельных государств и всего сообщества в целом.

В Стратегии основная цель заключалась в оказании помощи всем государствам-членам в разработке их собственной политики и программ в рамках экономических и региональных возможностей. Стратегия устанавливает основные задачи в области здравоохранения и развития детей и подростков и, что особенно важно, позволяет обеспечить руководство действиями на основе доказательств и опыта, накопленного за прошедшие

годы (66). Создание этого документа регулирует механизмы развития общества, с тем, чтобы дети и подростки в Европейском регионе могли полностью реализовать свой потенциал в области здравоохранения и развития, снизить предотвратимую заболеваемость и смертность, и это будет способствовать здоровому росту и развитию общества, а также снижению заболеваемости и смертности не только среди детей и подростков в настоящее время, но и среди взрослых в будущем. Ресурсы государств, которые будут инвестированы в здоровое развитие молодого поколения сегодня, будут способствовать завтрашнему экономическому росту и процветанию общества. Дети и подростки являются гражданами по своему усмотрению и должны активно участвовать в планировании и мониторинге любой национальной стратегии, направленной на улучшение их здоровья. На мировом уровне Всемирная организация здравоохранения определила приоритетные области действий в области здоровья детей и подростков. Разделение на направления связано с конкретными этапами жизненного цикла, а именно: охраной здоровья матери и новорожденного, здоровьем подростков и взаимосвязанными видами деятельности, которые влияют на здоровье и развитие человека на всех этапах жизненного цикла. Статья 24 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» устанавливает право подростков на диспансерное наблюдение и лечение в порядке, установленном Министерствами здравоохранения Российской Федерации. Несовершеннолетние граждане, не достигшие 15-летнего возраста, могут законодательно реализовать свои права о защите здоровья граждан через родителей или опекунов. Несовершеннолетние граждане, достигшие возраста 15 лет и старше, имеют право самостоятельно осуществлять свои полномочия на основании ст. 32, 33, 34. Согласие родителей на медицинское вмешательство (или отказ от него) в этом случае не требуется. Информация из медицинских документов гражданина является медицинской тайной, и ее раскрытие без согласия гражданина возможно только по основаниям, предусмотренным ст. 61 Основ законодательства. Поэтому, только с согласия

подростка, достигшего 15-летнего возраста, его родители могут быть проинформированы о лечении или медицинском вмешательстве.

Трудовой кодекс Российской Федерации предусматривает, что все несовершеннолетние могут быть приняты на работу только после обязательной предварительного медицинского осмотра. В нем также говорится, что запрещается использовать работу несовершеннолетних во вредном и / или опасном производстве, а также на работе, которая может нанести вред здоровью и нравственному развитию. Например, азартные игры, работа в ночных клубах; производство, транспортировка и торговля алкогольными напитками, табачными изделиями, наркотическими и токсическими веществами и т. Д. Характеристики развития детского организма имеют свои особенности и стадии развития, и периодически дети сталкиваются с определенными проблемами в отношении своего здоровья. Это делает их значительно восприимчивыми к истощению или инфекционным заболеваниям. Особенно уязвимыми с точки зрения физического и умственного развития являются подростковый возраст. Именно в этот период возникают проблемы с сексуальным, репродуктивным и психическим здоровьем. В пункте 4 ст. 15 Конституции Российской Федерации и ст. 7 Гражданского кодекса Российской Федерации определены общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры, которые являются неотъемлемой частью правовой системы. Основные направления стратегии ратифицированы нормативными актами Российской Федерации. Однако действующее российское законодательство регулирует только административные, организационные и управленческие отношения в области здравоохранения, не обращая внимания на механизмы правовой защиты несовершеннолетних пациентов. Формирование и принятие правовых норм в области здравоохранения часто опережают изменения, происходящие в общественном сознании людей, в восприятии содержания и значимости законодательного обеспечения вопросов взаимоотношений между врачом и пациент.

ГЛАВА 2. СОДЕРЖАНИЕ КОНСТИТУЦИОННОГО ПРАВА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ГРАЖДАН НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ

2.1. Права несовершеннолетних граждан на медико-социальную помощь

Медико-социальная помощь – оказание гражданам профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи, а также принятие мер социального характера по уходу за больными, инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Международной Декларацией прав ребенка было определено, что ребенок в виду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе. В связи с этим основным нормативным международным актом, признающим ребенка субъектом права, является Конвенция о правах ребенка. Это единственный закон, который был признан 200 стран мира и это единственный закон Организации Объединенных Наций, который был принят безоговорочно в течение 2 минут. В ст. 6 Конвенции о правах ребенка указано, что государства-участники должны признавать, то факт, что каждый ребенок имеет неотъемлемое право на жизнь. Государства-участники обязаны обеспечить в максимально возможной степени выживание и здоровое развитие ребенка. Право ребенка на медицинское обслуживание с утробы матери и до исполнения им 18 лет нормативно закреплено. Ст. 24 Конвенции, которая провозглашает, что государства-участники признают право ребенка на пользование наиболее совершенными условиями системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья. Государства-участники стремятся обеспечить, чтобы ни один ребенок не был лишен своего права на доступ к подобным услугам системы здравоохранения». В таблице 2.1 представлены основные международные и государственные нормативные акты по охране здоровья детей.

Таблица 2.1

| Основные законодательные акты | Права ребенка с рождения | Права детей по охране здоровья |
|--|---|--|
| <p>- Конвенция ООН о правах ребенка;</p> <p>- Конституция РФ;</p> <p>- Семейный кодекс РФ;</p> <p>- Трудовой кодекс РФ;</p> <p>- Гражданский кодекс РФ;</p> <p>- Федеральный закон от 24 июля 1998 года № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»;</p> <p>- Федеральный закон от 24.04.2008 № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве»;</p> <p>- Федеральный закон от 21.12.1996 № 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»;</p> <p>- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ».</p> | <p>- на имя, гражданство;</p> <p>- проживание и воспитание в семье, при наличии возможности, без угрозы жизни и здоровью ребенка;</p> <p>- совместное проживание с родителями (если это не противоречит интересам ребенка);</p> <p>- на заботу, воспитание родителями (или лицами, их заменяющими);</p> <p>- на всестороннее развитие и уважение человеческого достоинства;</p> <p>- выражение собственного мнения при решении в семье любого вопроса, затрагивающего интересы ребенка;</p> <p>- на защиту своих прав и законных интересов родителями (лицами, их замещающими), органами опеки и попечительства, прокурором и судом;</p> <p>- на право имущественной собственности (полученное в дар или в наследство, а также приобретенное на</p> | <p>- диспансерное наблюдение и лечение в детской и подростковой службах;</p> <p>- медико-социальную помощь и питание на льготных условиях за счет средств бюджетов всех уровней;</p> <p>- санитарно-гигиеническое образование, на обучение и труд в условиях, отвечающих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;</p> <p>- бесплатную медицинскую консультацию за счет средств бюджетов всех уровней при определении профессиональной пригодности; получение необходимой информации о состоянии здоровья в доступной для них форме. В возрасте старше 15 лет несовершеннолетние имеют право на:</p> <p>- на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>средства ребенка);</p> <p>- на защиту своих прав при самостоятельном обращении в органы опеки и попечительства.</p> | |
|--|--|--|

В ст. 24 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» указано, что дети, имеющие недостатки физического или психического развития, по заявлению родителей или лиц, их заменяющих, при необходимости могут содержаться в учреждениях системы социальной защиты за счет средств бюджетов всех уровней, благотворительных и иных фондов, а также за счет средств родителей или лиц, их заменяющих (12).

Основные права несовершеннолетних на охрану здоровья отражены в таблице 2.2.

Таблица 2.2

| | |
|-----------------------------------|--|
| ФЗ от 21.11.2011 г №323-ФЗ | Права несовершеннолетних граждан |
| Ст. 54 | <p>1) прохождение медицинских осмотров, в том числе профилактических медицинских осмотров, в связи с занятиями физической культурой и спортом, прохождение диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, оказание медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на условиях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации</p> <p>2) оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха в порядке, установленном</p> |

| | |
|--|---|
| | уполномоченным федеральным органом исполнительной власти |
| | 3) санитарно-гигиеническое просвещение, обучение и труд в условиях, соответствующих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов |
| | 4) медицинскую консультацию без взимания платы при определении профессиональной пригодности в порядке и на условиях, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации |
| | 5) получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме на основании ст. 22 ФЗ об Основах охраны здоровья граждан |
| | 6) дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации |
| | 7) на льготное обеспечение протезами, ортопедическими изделиями, слуховыми аппаратами, средствами передвижения и иными специальными средствами. Категории граждан, имеющих это право, а также условия и порядок их обеспечения льготной протезно-ортопедической и зубопротезной помощью определяются Правительством Российской Федерации. |
| | 8) медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в |

| | |
|--------|--|
| | специализированных учреждениях |
| | 9) бесплатный медицинский контроль при занятии физической культурой и спортом |
| Ст.22 | Право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ |
| Ст. 30 | 1) Уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала |
| | 2) Выбор врача, в том числе семейного и лечащего врача, с учетом его согласия, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования |
| | 3) Обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям |

В целях улучшения качества обслуживания и соблюдения прав и законных интересов детей, находящихся в социально опасном положении и нуждающихся в социальной реабилитации, в соответствии с Федеральным законом от 24 июня 1999 года N 120-ФЗ "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних" департаментом здравоохранения был издан приказ от 24 июля 2015 г. N 2030 «Об улучшении качества оказания медицинской помощи детям, находящимся в социально опасном положении и нуждающимся в социальной реабилитации».

Отметим, что в ст. 45 Конституции Российской Федерации закреплено положение о гарантии государственной защиты прав и свобод человека и

гражданина, которая и гарантирует осуществление охраны прав несовершеннолетних граждан. (Рис. 2.1).

Нарушение права несовершеннолетнего пациента

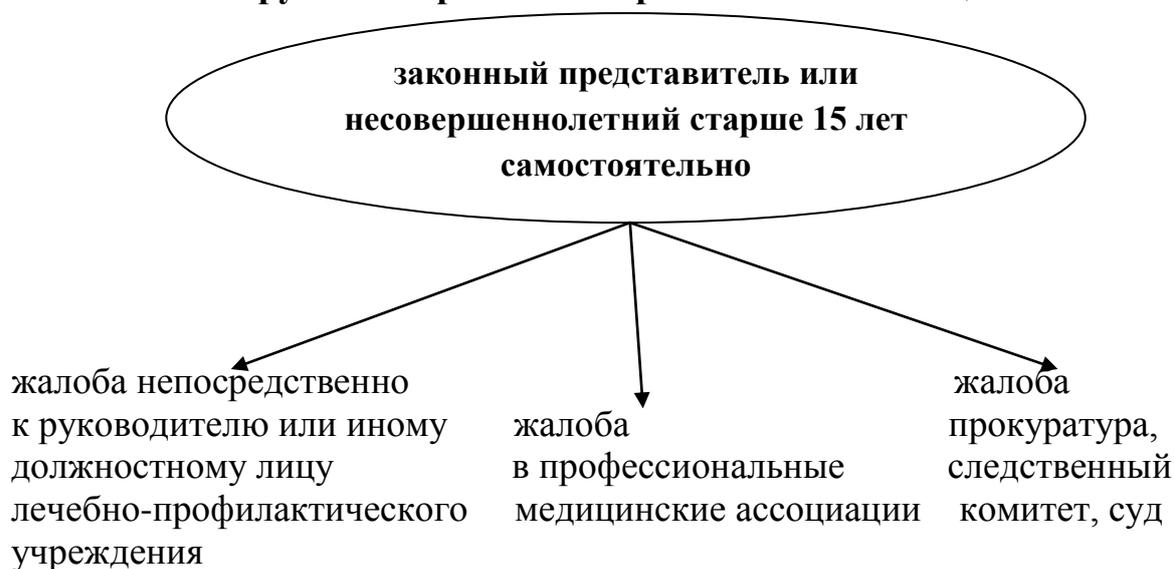


Рис.2.1. Нарушение прав несовершеннолетнего пациента

Действующее сегодня законодательство Российской Федерации в полной мере не учитывает современные достижения науки. Это может повлечь возможность злоупотреблений, связанных с жизнью человека. Также, несовершеннолетние лица, подлежащие карантину, обязаны быть изолированы от посещения общественных мест. В связи с этим пособие временной нетрудоспособности по уходу выдается одному из родителей ребенка или законному представителю, а также предусмотрена выдача пособия иному члену семьи в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. В период лечения ребенка амбулаторно или в стационаре одному из родителей или иному члену семьи предоставляется право находиться с ним в течение всего времени пребывания в медицинской организации независимо от возраста ребенка. Лицу, осуществляющему уход за несовершеннолетним согласно законодательству, должен быть выдан листок временной нетрудоспособности. При карантине, в случае ухода за ребенком в возрасте до 7 лет одному из членов семьи выплачивается пособие за весь период карантина или амбулаторного лечения. Пособие по уходу за больным ребенком в возрасте от 7 до 15 лет выплачивается за период не

более 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока, согласно ст.51 Федерального закона от 21 ноября 2011 г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».

Как правило, дети болеют гораздо чаще, чем взрослые, так как они «нарабатывают» себе иммунитет на будущее. Законодательно ограничено количество оплачиваемых дней временной нетрудоспособности в связи с уходом за заболевшим ребенком, в зависимости от его возраста (ч. 5 ст. 6 Закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ). При оплате листков нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, что сумма выплат по больничному зависит от формы лечения (дома или в стационаре), от того, чем ребенок болел, является он инвалидом или нет, ну и, от страхового стажа самого работника и величины его среднего заработка.

В зависимости от заболевания ребенка и определяется количество дней нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, которые подлежат оплате из средств фонда социального страхования. Пособие выплачивается за весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях, но не более чем за 60 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком. Однако оплата может исчисляться по другому при условии, что количество оплачиваемых дней болезни за календарный год увеличивается с 60 до 90 календарных дней в год, если ребенок страдает заболеваниями, включенными в Перечень, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития от 20 февраля 2008 г. N 84н (новообразования, болезни эндокринной системы, болезни нервной системы и т.д.). Отметим, что 90-дневный срок установлен для оплаты больничных именно по таким заболеваниям. Также оплате по особым условиям подлежат листки временной нетрудоспособности ВИЧ-инфицированным детям и детям, болезнь которых связана с поствакцинальным осложнением, или при злокачественном новообразовании, тогда оплата производится за все дни болезни. Листки

временной нетрудоспособности по иному оплачиваются и по уходу за детьми-инвалидами, то есть, что количество оплачиваемых дней по каждому случаю его болезни также не ограничено, но в течение календарного года оплате подлежит не более 120 календарных дней. Данный порядок действует до достижения ребенком возраста 18 лет. Также необходимо отметить, что больничные, в случае карантина, если, конечно, ребенок, не достигший 7-летнего возраста, ходит в детский сад, оплачиваются за весь период карантина.

Также законодательно определено, что граждане или их законные представители имеют право на получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья (пп.5 п.5 ст.19, ст.22 ФЗ от 21 ноября 2011 г N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»).

Хотелось бы отметить, что нарушения прав несовершеннолетних пациентов часто связаны с недостаточным уровнем правовой, деонтологической и психологической подготовки медицинских работников. Чтобы обеспечивать права несовершеннолетних пациентов в полной мере, требуются комплексные решения: внедрение эффективных организационных и медицинских технологий оказания помощи детям, осуществление ведомственного и внутреннего контроля за реализацией прав пациента.

2.2. Право несовершеннолетних на дачу информированного с добровольного согласия на медицинское вмешательство.

Одним из необходимых условий для реализации права на медицинское обслуживание является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основе информации, предоставленной медицинским работником в доступной форме о целях, методах оказания медицинской помощи, связанного с ними риска, вмешательства, его последствий, а также ожидаемых результатов оказания медицинской помощи.

Права несовершеннолетнего на оказание медицинской и социальной помощи могут быть реализованы только в том случае, если он или его законный представитель добровольно дают согласие на медицинское вмешательство. Об этом свидетельствует ст. 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства» федерального закона триста двадцать три (12).

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство предоставляется одним из родителей или иным законным представителем в отношении:

1) лица, не достигшего возраста, указанного в части 5 ст. 47 и часть 2 ст. 54 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» или лицо, признанное некомпетентным в порядке, установленном законом, если такое лицо не может согласиться на медицинское вмешательство в его состоянии;

2) несовершеннолетнего пациента, страдающего наркоманией, предоставляя ему наркологическую помощь или медицинское освидетельствование несовершеннолетнего с целью установления состояния наркотического или

другого токсического опьянения (за исключением случаев приобретения несовершеннолетними полной правоспособности, установленных законодательством Российской Федерации, до достижения ими возраста восемнадцати лет).

несовершеннолетний гражданин, один из родителей или законный представитель лица, указанного в части 2 ст. 54 того же федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах защиты здоровья граждан» имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных в части 9 этой статьи. Установленный законом, недееспособный, осуществляет это право в

том случае, если такое лицо не в состоянии отказаться от медицинского вмешательства в его состоянии.

В случае отказа от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или законному представителю лица, указанного в части 2 статьи 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», должны быть разъяснены в доступной форме возможные последствия такого отказа.

Также часть 2 ст. 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», если один из родителей или другой законный представитель лица отказывается от медицинского вмешательства, необходимого для спасения его жизни, медицинская организация имеет право обратиться в суд для защиты интересов такого лица. Юридический представитель этого лица уведомляет орган опеки и попечительства в органы опеки об отказе от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни пациента, не позднее дня, следующего за днем этого отказа.

Несовершеннолетние или законные представители, для получения первичной медико-санитарной помощи при выборе врача и медицинской организации на период их выбора, дают добровольное согласие на определенные виды медицинского вмешательства, которые включены в список, установленный уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства производится в письменной форме, подписывается несовершеннолетним гражданином в возрасте старше 15 лет или одним из родителей (законным представителем), медицинским работником и приобщается к медицинским документам пациента.

Порядок предоставления добровольного согласия на медицинское вмешательство, а также отказ от медицинского вмешательства, в том числе в отношении определенных видов медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства, утверждаются приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Российской Федерации.

Законодательство также предусматривает медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или другого законного представителя, в следующих случаях:

1) если требуется медицинское вмешательство по срочным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет ему выразить свою волю или нет законных представителей (в отношении лиц, указанных в части второй настоящей статьи);

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для других;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) против лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5) во время судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Принятие решения о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или законного представителя является юридически компетентным:

1) в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 ст. 54 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах защиты здоровья

граждан», оформляется консилиумом врачей, а в случае невозможности проведения консилиума - непосредственно лечащим врачом (дежурным врачом), принимающего такое решение в отношении пациента и вносится письменно в медицинскую документацию пациента с последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или заместителей руководителя организации);

2) в отношении лиц, указанных в пунктах 3 и 4 части 9 ст. 54 федерального закона - судом в случаях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Для несовершеннолетних, совершивших преступления, законодательно могут применяться меры принудительного характера на основаниях и в порядке, установленных федеральным законом.

В действующем российском законодательстве закреплено приоритетное право детей на здравоохранение. На практике при оказании медицинской помощи в медицинской организации часто возникают проблемы юридического, социально-экономического, психологического, этического и иного характера. При оказании медицинской помощи несовершеннолетние, за некоторыми исключениями, имеют все общие права со взрослыми, установленные действующим законодательством. Кроме того: в дополнение к нормам, общими для всех пациентов, для защиты правового статуса несовершеннолетних был направлен ряд специальных положений действующего законодательства. Итак, в ст. 7 Закона N 323-ФЗ «Об основах защиты здоровья граждан» указано, что дети имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи. Индивидуальные права несовершеннолетних также определяются в ст. 54. Также в 1998 году был принят Закон № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», согласно которому государственная политика в интересах детей определяется как приоритетная область деятельности исполнительной власти Российской Федерации. Законодательное регулирование правового статуса детей при

оказании медицинской помощи в России основано не только на нашем законодательстве, но и на общепризнанных международных нормах. Однако практика правоохранительной деятельности в этой области имеет ряд характеристик, и родители несовершеннолетних пациентов сталкиваются со многими трудностями. В частности, действующее законодательство устанавливает право несовершеннолетних на получение информации о состоянии здоровья в доступной форме. Но у большинства специалистов в области здравоохранения нет знаний об адаптации информации, предоставляемой пациенту. В то же время российское законодательство не определяет возрастной предел, после которого ребенок должен быть проинформирован о состоянии своего здоровья. В целом врачи предпочитают общаться с родителями ребенка даже после достижения 15-летнего возраста, игнорируя право на получение информации о состоянии здоровья этой категории пациентов. Однако, согласно ст. 57 Семейного кодекса Российской Федерации ребенок в возрасте от десяти лет имеет право выражать свое мнение при решении в семейных вопросах, затрагивающих его интересы. Одной из важных проблем остается возраст согласия на медицинское вмешательство. Сегодня, согласно закону N 323-ФЗ, несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет имеют право на добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказаться от него. Исключение допускается при предоставлении наркологической помощи, при необходимости, трансплантации органов. В то же время, согласно Семейному кодексу Российской Федерации, родители по-прежнему несут полную ответственность в случае ухудшения физического, психического и морального состояния несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 18 лет до достижения им совершеннолетия. В этих условиях необходимо подумать о возможности принятия независимого решения относительно их здоровья несовершеннолетним в возрасте до 18 лет, особенно в репродуктивной сфере. Следует отметить, что информированное добровольное согласие - это не просто формальность. Пациент должен знать информацию, предоставленную

ему, его состояние и предлагаемые методы лечения. Чтобы дать такое согласие, действительно сознательное, информированное и добровольное, пациент должен обладать определенным уровнем знаний, жизненным опытом, следовательно, для несовершеннолетних старше 15 лет, которые имеют право самостоятельно давать информированное согласие на медицинское обслуживание, необходимо рассмотреть вопрос об увеличении возраста несовершеннолетних. Однако часто возникают вопросы не только с точки зрения добровольного информированного согласия, но и в праве отказаться от медицинской помощи. Бывают ситуации, когда законные представители отказываются от медицинского вмешательства несовершеннолетнему. В этом случае ребенок может находиться в опасном для жизни состоянии. Важно, чтобы закон предусматривал право подавать жалобу в суд на граждан в отношении охраны здоровья и поднимать вопрос о предоставлении медицинской помощи несовершеннолетнему в недобровольном порядке. Согласно Гражданскому кодексу Российской Федерации, гражданские дела подлежат рассмотрению в течение двух месяцев, но в случае жизни ребенка не следует колебаться. Необходимо сократить срок рассмотрения таких заявлений до пяти дней, и по просьбе медицинской организации они должны быть рассмотрены в тот же день. Заявление должно сопровождаться мотивированным мнением медицинской комиссии, подтверждающим, что пациент находится в опасном для жизни состоянии, и возможен летальный исход.

Казалось бы, все вопросы, связанные с реализацией и защитой прав несовершеннолетних, законодательно закреплены, но по-прежнему существуют пробелы, и поэтому невозможно признать нормативную базу, достаточную для решения современных проблем.

В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации лицо, не достигшее восемнадцатилетнего возраста, считается некомпетентным, поэтому не может заключать сделку (договор), в том числе договор на

оказание платных медицинских услуг. Хотя законодатель по-прежнему предусматривает возможность заключения сделки несовершеннолетним в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет с письменного согласия их законных представителей - родителей, усыновителей или опекунов.

Сделка, совершенная таким несовершеннолетним, также действительна при последующем письменном одобрении его родителями, усыновителями или опекунами (статья 26).

Рассмотрим примеры из практики.

Пациентка - несовершеннолетний ребенок (в возрасте от пятнадцати до восемнадцати лет) дала добровольное согласие на проводимое медицинское вмешательство. Несовершеннолетние в возрасте от четырнадцати до восемнадцати совершают сделки, представляя письменное согласие от своих законных представителей - родителей, усыновителей или опекунов. Законодатель не определяет требования к регистрации этого письменного согласия родителей. Простая письменная форма - это один из вариантов получения согласия, возможно, написанный собственноручно, хотя она, возможно, была напечатан на компьютерном принтере с подписью родителей.

Законодатель предлагает еще один вариант условия: сделка, совершенная несовершеннолетним, действительна с последующим письменным одобрением ее родителями, усыновителями или опекунами.

Родители или законные представители должны будут признать, утвердить договор и заплатить за предоставленную услугу, конечно, при условии, что они согласны.

И если они не согласны, то родители или законные представители имеют право не утверждать договор на предоставление платных медицинских услуг и, как следствие, не платить.

Добровольное согласие на медицинское вмешательство, данное несовершеннолетним (ребенком) в письменной форме, может быть использовано в качестве подтверждения законности действий медицинских работников. Следует помнить, что добровольное информированное согласие пациента не является обязанностью заключать договор.

Если пациент-ребенок (в возрасте от пятнадцати до восемнадцати лет) имеет добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство и получает эту медицинскую помощь в рамках Программы бесплатной медицинской помощи, то есть в соответствии с Программой государственных гарантий, то медицинская организация имеет право осуществлять медицинское вмешательство.

К сожалению, несовершеннолетняя пациентка (в возрасте от пятнадцати до восемнадцати лет) нередко обращается в медицинскую организацию, потому что она хочет искусственно прервать беременность. Законодатель в соответствии с пунктом 3 ст. 56 дает возможность после определенной процедуры искусственно прекратить беременность:

1) не ранее 48 часов с момента подачи заявки женщиной в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

а) во время беременности, с четвертой по седьмую неделю;

б) в гестационный возраст до одиннадцатой - двенадцатой недели, но не позднее конца двенадцатой недели беременности;

2) не ранее семи дней со дня подачи заявки женщиной в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности во время беременности от восьми до десятых недель беременности.

Эта процедура предоставляется для взрослой женщины. Однако ситуация, когда искусственное прерывание беременности осуществляется несовершеннолетним, не рассматривается.

Медицинским работникам процедура искусственного прерывания беременности для несовершеннолетней пациентки в возрасте от пятнадцати до восемнадцати лет применяется по аналогии с процедурой для взрослой женщины. Однако законодатель не предусматривает обязательство медицинской организации (медицинских работников) уведомлять, приглашать ее родителей, усыновителей или опекунов для непосредственного участия в решении очень важных вопросов.

Мы считаем, что эти пробелы в законодательстве неприемлемы, требуется дальнейшее регулирование законодательства в области защиты прав несовершеннолетних, особенно при предоставлении им (несовершеннолетних) медицинской помощи (услуги).

2.3. Право несовершеннолетних граждан на паллиативную помощь

Государство признает охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей и гарантирует обеспечение прав и законных интересов ребенка в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»(9). Дети независимо от их семейного и социального благополучия подлежат особой охране, включая заботу об их здоровье и надлежащую правовую защиту в сфере охраны здоровья, и имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи.

Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

Несовершеннолетние граждане Российской Федерации имеют конкретные права в области охраны здоровья. Большинство этих прав закреплено в федеральном законе от 21.11.2011г. N 323-ФЗ (ред. от 15.04.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Среди главных назовем основное право пациента, на бесплатную медицинскую помощь, закреплено ст.19 Федерального закона № 323-ФЗ. Это

право реализуется, прежде всего, учреждениями государственной и муниципальной систем здравоохранения. Объем бесплатной медицинской помощи определяется «Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», которая ежегодно утверждается постановлением Правительства Российской Федерации.

Программой бесплатно предоставляются следующие виды медицинской помощи:

- 1) первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;
- 2) скорая, в том числе скорая специализированная (санитарно-авиационная), медицинская помощь;
- 3) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 4) паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях (12).

Специализированная медицинская помощь детям Белгородской области, страдающим онкологическими заболеваниями, оказывается на базе государственных медицинских учреждений, а также в специализированном отделении ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница». Современные методы лечения позволяют спасти около 70 процентов больных детей, однако, даже на современном этапе медицина не может помочь все больным детям.

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Она предусматривает более широкую медицинскую и психологическую помощь в сравнении с хосписной помощью [49]. Детская паллиативная помощь – это комплексный подход к ребёнку, подростку, который благодаря предупреждению и облегчению страданий, ранней диагностике, безупречной оценке и лечению боли и

других физических, психологических и духовных проблем улучшает качество жизни пациентов, столкнувшихся с угрожающим жизни заболеванием. Паллиативная помощь детям подразумевает индивидуальную программу, индивидуальный план, в который включены не только медицинские аспекты, но и аспекты, связанные с социализацией и психологическим состоянием (34).

Паллиативная помощь получила свое развитие с хосписного движения и в настоящее время имеет широкое распространение в мире. Первый хоспис Святого Кристофера появился в Соединенном Королевстве в 1967 г. Он был основан Сесили Сондерс и считается основателем современного движения хосписов.

Впервые служба по уходу на дому за детьми с диагнозом «рак» была создана в Вирджинии (EdmarcHospiceforChildren) в 1978 г. В Оксфорде в 1982 г. открылся детский хоспис Helen&DouglasHouse, а в 1985 г., открылось отделение в детской больнице St. Mary'sHospital в Нью-Йорке (26).

В России оказание хосписной помощи детям началось в 1993 г. с организации в Москве детским онкологом, проф. Е.И. Моисеенко «Хосписа на дому для детей с онкологическими заболеваниями». Позднее на этой основе возникла автономная некоммерческая организация «Первый хоспис для детей с онкологическими заболеваниями», который работает в сотрудничестве с Институтом детской онкологии Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина РАМН.

Медицинская паллиативная помощь детям оказывается с 2006 г., когда по приказу Департамента здравоохранения Москвы в Научно-практическом центре медицинской помощи детям было создано отделение паллиативного лечения детей на дому, которое оказывало комплексную медико-социально-психологическую помощь. В 2010 г. также по приказу департамента было открыто стационарное отделение на 10 коек, а с 2013 г. открыт первый в России Центр паллиативной помощи детям на 30 коек.

В 2015 году департаментом здравоохранения Белгородской области на основании приказа Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 193н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям» (18) был издан приказ № 3537 от 29 декабря 2015 года «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи детям» (21) и утвержден План развития паллиативной медицинской помощи взрослому и детскому населению Белгородской области на 2016-2017 годы.

Детская паллиативная помощь занимается целым рядом аспектов жизни инкурабельного ребенка - медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. Помимо обезболивания и купирования других патологических симптомов, необходимы психосоциальная и духовная поддержка пациента, а также моральная и психологическая поддержка близким при уходе за ним и в горе утраты. Полноценный подход, объединяющий разные аспекты ПП, является признаком высококачественной медицинской практики, существенную часть которой составляет ПП. Поддержание максимально возможного качества жизни пациента является ключевым моментом в определении сущности паллиативной медицины, так как она ориентирована на лечение больного, а не на лечение поразившей его болезни.

Уникальные особенности паллиативной помощи детям диктуют необходимость создания учреждений для детей отдельно от взрослых, что и должно приниматься во внимание при планировании службы педиатрической паллиативной помощи. Уровень заболеваемости детей злокачественными новообразованиями значительно ниже в сравнении с таковым взрослых, однако дети в раннем возрасте страдают тяжелыми аномалиями и пороками развития, генетическими заболеваниями, рядом хронических прогрессирующих болезней (муковисцидоз, миодистрофии, детский церебральный паралич и др.). В основе паллиативной помощи детям лежат те же принципы, что и в основе паллиативной помощи взрослым, но она имеет и свою специфику. Абсолютно различаются структуры причин

детской смертности и смертности взрослого населения, что делает принципы паллиативной помощи взрослому населению неуместными для паллиативной помощи детям. Многие детские заболевания являются редкими, продолжительность болезни может значительно варьировать — от нескольких дней до нескольких лет. Ребенок может дожить до раннего взрослого возраста, что потребует оказания ему паллиативной помощи в течение многих лет. Детям с заболеваниями, приводящими к преждевременной смерти, необходимы услуги многопрофильных и мультидисциплинарных служб в течение длительного периода времени. Эти услуги включают: психологическую поддержку, возможность предоставления продолжения образования, поддержку родителей и близких родственников ребенка, своевременное купирование боли. Для полноценного оказания перечисленных и других услуг обслуживающим персоналом необходимо принимать все меры для борьбы с психологическим напряжением персонала и его эмоциональным выгоранием, которые вызывает работа с умирающими детьми. Чаще всего в паллиативной помощи нуждаются дети с врожденными и онкологическими заболеваниями. Для заболеваний, с которыми дети поступают на паллиативную терапию, трудно предсказать их течение и прогноз. Эта неопределенность затрудняет предсказание шансов ребенка на выживание. И эта же неопределенность стимулирует родителей к требованиям продолжения лечения. Только тесное, открытое общение коллектива медиков с родителями может предотвратить их недоверие к врачам и способствовать своевременному проведению психологической поддержки и необходимой паллиативной помощи.

В 2016 году в Белгородской области 155 детей, получили паллиативную помощь. Из них генетические/врожденные заболевания были у 10,8%, нервно-мышечные — у 61,2%, онкологические заболевания — у 28%. 31 ребенок получил помощь выездной бригады паллиативной помощи. 92% родителей сообщили, что на последнем месяце жизни дети в основном страдают от одного из симптомов и чаще всего это боль, усталость или

одышка. В настоящее время в области 263 ребенка, имеющих онкологические и гематологические заболевания и нуждающихся в паллиативной помощи.

Учитывая важную социальную роль паллиативной помощи, важно понимать основные направления этой помощи, особенности ее организации, соблюдать установленные штатные нормативы, порядок выписывания наркотическим препаратами больным

В п. 3 Приказа 187н не зря выделены отдельно моральные принципы, соблюдаемые в паллиативной медицине. Учитывая то, что основными пациентами паллиативных специалистов становятся смертельно больные дети и дети, испытывающие сильнейшие проявления боли, особый подход к ним со стороны медработников должен быть закреплён официально. При разработке новых нормативных документов, касающихся организации паллиативной медицины разработан и отдельный порядок оказания паллиативной помощи детям, который закреплён в приказе Минздрава РФ № 193н от 14.04.2015 года.

Паллиативная помощь может быть оказана пациенту в двух классических формах: паллиативная помощь в поликлинике (амбулатории) и на дому у пациента. Такая форма возможна, когда пациент не нуждается в постоянном наблюдении медиков, они появляется в медучреждении лишь периодически, по необходимости, или медработники выезжают к нему на дом; паллиативная помощь в стационаре, когда пациент госпитализируется в учреждение здравоохранения в связи с тем, что медработники должны круглосуточно наблюдать его состояние.

В Порядке определен контингент лиц, которым оказывается специализированная паллиативная медицинская помощь. Это неизлечимо больные дети с отсутствием реабилитационного потенциала, которые нуждаются в симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе. Обратим внимание, что в силу возраста и тяжелого состояния в Порядке отмечается их нуждаемость:

- в психологической помощи,
- в постороннем профессиональном уходе,
- в снятии тяжелых симптомов, через которые проявляется болезнь.

Как и в случае с паллиативной помощью взрослым, детям специальная помощь оказывается на всех уровнях системы российского здравоохранения, оказывать профессиональную помощь могут как государственные, так и частные медицинские учреждения, имеющие соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности. Паллиативная помощь ребенку может быть оказана непосредственно при его госпитализации в стационарное паллиативное отделение, когда он остро нуждается в круглосуточном уходе в силу особенностей своей болезни. Кроме того, медработники регулярно при необходимости посещают своих маленьких пациентов на дому, оказывая им нужную помощь. В остальных случаях дети наблюдаются в поликлиниках по месту жительства, и периодически посещают медицинские учреждения, для постоянного наблюдения у врача. Это возможно только в том случае, если состояние ребенка не требует круглосуточного наблюдения за ним.

Паллиативную помощь несовершеннолетним вправе оказывать:

- семейные врачи, педиатры и участковые врачи, которые помимо основного профессионального профиля, имеют дополнительное профессиональное образование по вопросам оказания паллиативных медицинских услуг;

медицинские сестры и иные специалисты, имеющие среднее профессиональное медицинское образование, а также дополнительное обучение, связанное с вопросами оказания детям паллиативной медпомощи.

По состоянию на 01.01.2017 г. паллиативная медицинская помощь детям в Белгородской области представлена в стационарных условиях: ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» – 9 коек, в том числе: 3 койки в неврологическом отделении, 3 койки в педиатрическом отделении №2, 2 койки в ортопедо-травматологическом отделении и с 01.01.2017 года открыта 1 койка в онко-гематологическом отделении. В 2016 году на 8

койках пролечено 124 ребенка ими проведено 2786 к/дней. Всего в Белгородской области – 12 коек паллиативной медицинской помощи детям. Остальные 3 койки размещены по одной в детских отделениях Борисовской ЦРБ, Губкинской ЦРБ Яковлевской ЦРБ. Обеспеченность детскими паллиативными койками – 5,084 на 100 тыс.

В 2016 года в Белгородской области создана выездная бригада для оказания паллиативной медицинской помощи детям на дому, в наиболее комфортных для пациента условиях. В этом случае первостепенное значение приобретает участие и поддержка членов семьи, которые должны быть обучены простым правилам ухода за больными детьми, методам облегчения боли, особенностям приготовления пищи.

Дети также нуждаются в назначении специальных наркотических препаратов, которые помогут маленькому пациенту справиться с болью, сопровождающей тяжелое заболевание. Назначаются и выписываются такие препараты, обращение которых в России ограничено в порядке, описанное в приказе Минздрава РФ № 1175н [18]. При выписке пациента из стационара домой и при продолжении наблюдения в амбулаторно-поликлинических условиях, он может все еще нуждаться в получении наркотических и психотропных препаратов. Они могут быть предоставлены его законным представителям по решению главного врача медучреждения, о чем делается отметка в истории болезни ребенка. Запас лекарств, в таком случае, составляет до 5 дней. Если ребенку проводятся медицинские вмешательства по основному заболеванию в рамках паллиативной медицинской помощи, и это может вызвать развитие болевого синдрома, то соответствующие процедуры можно проводить только после предварительного обезболивания. После того, как несовершеннолетнему пациенту исполнилось 18 лет, он становится совершеннолетним, и в рамках сохранения непрерывности его лечения и необходимости получения паллиативных услуг, он должен быть направлен в другое медучреждение, где помощь оказывается взрослым пациентам.

В 2009 г. фонд помощи детям с онкологическими и иными тяжелыми заболеваниями «Подари жизнь» активно содействовал в создании в Москве центра паллиативной помощи детям и стимулированию развития этого направления в России.

Белгородская региональная общественная организация «Святое Белогорье против детского рака» помогает детям Белгородской области с 2006 года с онкологическими и гематологическими заболеваниями, тесно сотрудничает с онко-гематологическим отделением ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница». 13 мая 2016 года на заседании экспертной комиссии при Губернаторе Белгородской области был рассмотрен и утвержден проект создания Белгородской региональной выездной паллиативной службы социально-психологической помощи семьям, имеющим тяжелобольных детей. Проще говоря, теперь в области появилась детская выездная паллиативная служба.

Сегодня 22 ребенка находятся под патронатом, только в течение января 2017 г. состоялось 37 выездов специалистов к месту проживания маленьких пациентов для оказания необходимой помощи, решения физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания.

После принятия в 2011 г. федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сложились предпосылки для объединения специалистов, занятых оказанием медицинской паллиативной помощи неизлечимым пациентам в России. Общероссийское общественное движение «Медицина за качество жизни» и «Общероссийское объединение медицинских работников» выступили инициаторами создания Российской ассоциации паллиативной медицины, учредителями которой стали представители медицинского сообщества из 44 субъектов РФ.

Затраты на паллиативную медицину особенно в педиатрии довольно велики. Это объясняется тем, что дети получают более агрессивное лечение в конце жизни по сравнению с больными взрослыми, поэтому немаловажной

проблемой является финансирование паллиативной помощи. Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусматривает бесплатную паллиативную помощь гражданам России. Вместе с тем следует отметить, что, помимо бюджетного финансирования, существенную помощь российским детям оказывают отечественные благотворительные фонды: «Подари жизнь», «Будь человеком», «Жизнь» и ряд других.

2.4. Права несовершеннолетних граждан на информацию о состоянии своего здоровья.

Право граждан на информацию о состоянии здоровья закреплено в ст. 22 ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". В статье говорится, что каждому гражданину определено право в доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Также гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, получать консультации по ней у других специалистов (12). Информация о состоянии здоровья несовершеннолетнего может быть предоставлена его законному представителю (родителю, усыновителю, опекуну, попечителю) лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении.

Каждый гражданин имеет право на информацию о состоянии своего здоровья, и этому праву медицинскую организацию обязывает ст. 79 ФЗ от 21 ноября 2011 г N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан».

Право гражданина на информацию о состоянии своего здоровья в нашей стране законодательно никогда не было закреплено. Следовательно,

медицинские работники не имели четкого представления о предоставлении информации о состоянии здоровья гражданам, особенно если это касалось случаев тяжелых заболеваний. Следуя нынешнему законодательству информацию о состоянии здоровья следует сообщать интеллигентно и деликатно, с четкими пояснениями. Дезинформация больных о состоянии своего здоровья может привести к отказу от необходимой операции или от применения других необходимых методов исследования и лечения, что также противоречит этико-деонтологическим принципам, согласно которым превыше всего ставятся интересы больного. Одновременно гражданин может непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получить консультации у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны (12).

Иногда предоставленная информация о состоянии здоровья несовершеннолетнего ставится под сомнение. Прежде всего, это относится, к результатам медико-социальной, военно-врачебной, судебно-медицинской, судебно-психиатрической экспертиз.

Информация о состоянии здоровья передается лично пациенту, а в отношении лиц, не достигших 15 лет, и граждан признанных в судебном порядке недееспособными, - их законным представителям (родителям, опекунам). Пациент или его законный представитель может указать лицо, которому должна быть предоставлена информация о состоянии здоровья. Согласно закону в случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться гражданину и членам его семьи, если несовершеннолетний гражданин или его законный представитель не запретил сообщать им об этом. Информацию о состоянии здоровья может сообщать лечащий врач, заведующий отделением лечебно-профилактического учреждения или другие специалисты, принимающие

непосредственное участие в обследовании и лечении (12). Закон также позволяет гражданину или его законному представителю непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. Не допускаются ограничения предоставления информации в зависимости от диагноза пациента. Закон не ограничивает список документов, на ознакомление с которыми имеет право гражданин, поэтому список доступных документов должен трактоваться максимально широко. Родитель имеет право лично знакомиться с историей болезни, результатами анализов, исследований, заключениями консультантов и т.д. Более того, Закон обязывает медицинских работников разъяснять родителям значение каждого документа, для того чтобы родитель (и сам ребенок) становились активными участниками лечебного процесса. Помимо права читать медицинские документы, Закон дает родителям право требовать копии документов (всех, перечисленных в предыдущем пункте). Это может быть оправданно с двух позиций: во-первых, наличие копий документов позволяет родителям иметь дома всю историю болезни ребенка (что особенно важно при длительном, хроническом заболевании), в другой стороны, именно эти копии могут потребоваться в случае судебного разбирательства. Кроме того, наличие документов позволяет получить независимую оценку стороннего специалиста (второе мнение). И, наконец, наличие копий защищает пациента от неприятностей в случае утери документов в стационаре. Право на получение копий документов не дает пациенту оснований на получение оригиналов медицинской документации, которая является учетной и, в любом случае остается в медицинской организации.

Однако есть в Российском законодательстве ряд вопросов о праве законных представителей несовершеннолетних на получение информации об их здоровье, которые закреплены в положениях Закона об охране здоровья. Если следовать букве Закона, а именно п. 2 ст. 22, то получается, что родители несовершеннолетнего подростка лишены права на получение

информации о состоянии его здоровья. Более того, по достижении 15 лет ребенок вправе самостоятельно определять, кому следует предоставить право на получение такой информации. Однако законодательно не учтено, что родительские права, к числу которых относится и право на получение информации о здоровье ребенка, сохраняют силу до достижения детьми возраста 18 лет (совершеннолетия). Исключение составляет вступление несовершеннолетних детей в брак и иные установленные законом случаи приобретения детьми полной дееспособности до достижения ими совершеннолетия (п. 2 ст. 61 СК РФ), когда родительские права прекращаются раньше. Во всех остальных случаях родители вплоть до достижения детьми 18 лет обязаны заботиться об их здоровье, а следовательно, и иметь право на получение информации о здоровье ребенка. Однако норма Закона об охране здоровья противоречит положению Семейного кодекса РФ. Основопологающим правом родителей больного ребенка с момента первого обращения к врачу имеют право получать всю информацию, которая отражает состояние здоровья их ребенка. Методы лечения применяемые в отношении ребенка должны быть обсуждены и согласованы с родителями. Право на получение информации является безусловным, т.е. отвечать на вопросы родителей – это обязанность врача. Также в тексте ст. 22 п. 2 ФЗ указано, что информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. Из закона следует право родителей отказаться от получения специальной медицинской информации. Этот отказ напрямую связан с отказом от права на информированное согласие. Следовательно, прежде чем сообщать и разъяснять родителям информацию, касающуюся заболевания и методов обследования их ребенка, врач должен спросить, хотят ли родители знать эту информацию и, если да, то в каком объеме. Так же религиозные пациенты могут отказаться от получения информации о прогнозе. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме родителям и только им. В отношении детей

неблагоприятная информация самому ребенку медицинскими работниками не сообщается. Вопрос об информировании ребенка о печальном прогнозе чрезвычайно сложен, требует совместных и содружественных действий медицинских работников и родителей ребенка и выходит за рамки правового регулирования. Родители ребенка имеют право ограничить круг лиц, которым будет предоставляться информация о состоянии здоровья ребенка. В их праве запретить предоставление информации иным родственникам, друзьям ребенка, сотрудникам школы, представителям средств массовой информации и т.д., кроме случаев, предусмотренных Законом.

2.5. Особенности правоспособности несовершеннолетних пациентов.

Гражданская правоспособность или способность иметь гражданские права, в том числе на получение медицинской помощи, и нести обязанности, в том числе по отношению к медицинским организациям, признается в равной мере за всеми гражданами (ч. 1 ст. 17 ГК РФ). Проблема закрепления и защиты прав граждан в вопросе оказания медицинской помощи в действующем законодательстве относится к числу наиболее актуальных в современном российском праве. Одним из теоретических и практических вопросов в этой сфере являются особенности правоспособности несовершеннолетних пациентов.

Как у любого гражданина, у несовершеннолетнего по общему правилу гражданская правоспособность возникает в момент его рождения и прекращается смертью (ч. 2 ст. 17 ГК РФ).

Поскольку момент возникновения гражданской правоспособности приурочен законодателем к моменту рождения гражданина, то несовершеннолетние обладают гражданской правоспособностью в равной мере с совершеннолетними гражданами. Гражданская правоспособность, как отмечается в правовой литературе, есть универсальное, всеобщее качество субъекта права.

С момента рождения несовершеннолетний становится субъектом гражданских правоотношений в качестве его управомоченной или обязанной стороны. Содержание гражданской правоспособности определяется законодателем в ст. 18 ГК РФ путем перечисления имущественных и личных неимущественных прав и обязанностей, которые граждане могут приобретать и нести в качестве субъектов - участников гражданских правоотношений (6).

Общие права несовершеннолетнего в сфере охраны здоровья граждан, имущественного и личного неимущественного характера определены в п. 5 ст. 19 федерального закона N 323-ФЗ (12).

Действующим на сегодняшний день законодательством РФ несовершеннолетним предоставляются и иные права в медико-правовой сфере. Например, в этом перечне прав не указано право несовершеннолетних на участие в клинических исследованиях лекарственного препарата для медицинского применения, которое им предоставлено Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств" (п. 5 ст. 43).

Реализация прав детей-пациентов поставлена в зависимость от соблюдения определенных условий и требований, установленных законодательством Российской Федерации. Поэтому несовершеннолетние пациенты, обладая гражданской правоспособностью, но и имея особенности в ее реализации, которые законодательно установлены как гражданским законодательством Российской Федерации, так и законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, на наш взгляд, наделены специальной правосубъектностью.

Как нами было уже показано, права несовершеннолетнего пациента являются элементом специального правового статуса несовершеннолетнего лица - пациента. С целью отображения особенностей гражданской правоспособности несовершеннолетних пациентов, а также других групп пациентов целесообразно ввести в правовой оборот категорию "медицинская

правосубъектность", под которой следует понимать право и способность физического лица своими действиями, действиями законных представителей осуществлять права и обязанности в сфере охраны здоровья.

Категория "медицинская правосубъектность", выступая частью гражданской правосубъектности, позволяет четко обозначить особенности реализации прав отдельных категорий граждан в сфере охраны здоровья, в том числе несовершеннолетних. Они, выступая специальными субъектами права, обладают медицинской (специальной) правосубъектностью в силу того, что у них есть законом гарантированные особые (дополнительные) права для реализации в медико-правовых отношениях.

Во-первых, права детей в сфере охраны здоровья являются приоритетными для государства (подп. 3 п. 1 ст. 4 Федерального закона N 323-ФЗ).

Органы государственной власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления в соответствии со своими полномочиями обязаны разрабатывать и реализовывать программы, направленные на профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, снижение материнской и младенческой смертности, формирование у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни, и принимают соответствующие меры по организации обеспечения детей лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями. Принцип приоритета охраны здоровья детей означает, что несовершеннолетние имеют право на первоочередное получение медицинской помощи.

В связи с этим нам представляется перспективным законодательное закрепление в отдельной главе Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" - "Охрана здоровья отдельных категорий граждан", статей, посвященных гражданским правам и обязанностям всех категорий пациентов, включая детей, образующих их медицинскую правосубъектность.

Правоспособность несовершеннолетнего пациента хотя и возникает с момента его рождения, но может при определенных условиях пониматься шире. В правовой и медицинской литературе ряд исследователей задаются вопросами: имеет ли еще не родившийся ребенок права и, в частности, право на охрану его здоровья в утробе матери? Подобно тому, как все основные права человека производны от естественного права на жизнь, установленного ст. 20 Конституции РФ, так и право человека на жизнь основывается на праве родиться. Но по российским законам ребенок такого права не имеет. Прямое следствие отсутствия законодательных норм, гарантирующих право эмбриона на жизнь и право каждого ребенка на рождение. Эмбрион в любом случае обладает правом на реализацию своего потенциала с момента зачатия. Поэтому мнение, что ребенок, находящийся на стадии внутриутробного развития и эмбрион человека, занимает ту позицию, что определение статуса эмбриона как человека (потенциального, находящегося на ранней стадии своего развития и т.д.) закономерно предполагает и его право на жизнь. Определение эмбриона как совокупности живых клеток, составляющих только материальную основу для будущего человека, лишает его права на жизнь. В связи с этим необходимо конкретизировать законодательство.

Анализ действующего законодательства РФ, различных точек зрения по этой проблеме, приводит к вопросу: почему государство при регулировании отдельных видов правоотношений, например, отношений наследования (согласно ст. 1116 ГК РФ к наследованию могут призываться граждане, зачатые при жизни наследодателя и родившиеся живыми после открытия наследства)(б), страхования (Федеральный закон от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" содержит право детей, зачатых при жизни потерпевшего, на обеспечение по страхованию), получения налоговых вычетов (п. п. 11 - 12 ч. 2 ст. 218 Налогового кодекса

РФ относят к категории налогоплательщиков, имеющих право на стандартные налоговые вычеты, лиц, эвакуированных из населенных пунктов, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие аварии на производственном объединении "Маяк" (1957 г.), а также из зоны Чернобыльской АЭС (1986 г.), в том числе детей, которые на момент эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития) закрепляет правовые механизмы, связанные с заботой о здоровье не родившегося еще ребенка, но не считает его субъектом правоотношений?

Все это позволяет нам, руководствуясь международным и национальным законодательством Российской Федерации, прийти к выводу, что жизнеспособный, но еще не родившийся ребенок, не являясь частью организма матери, имеет право на защиту его здоровья, которое должно быть закреплено в российском законодательстве. Соответственно, он может быть включен при определенных условиях (например, жизнеспособность плода в утробе матери даже в случае преждевременного рождения) в первую группу несовершеннолетних пациентов, включающих лиц в возрасте от 0 до 6 лет.

Полагаем, что законодательство Российской Федерации должно легализовать статус еще не родившегося ребенка, не имеющего патологий, способного к самостоятельной жизнедеятельности, так как:

- ребенок в утробе матери после 22 недель - самостоятельный организм со своими индивидуальными характеристиками, он не является частью матери, хотя и зависит от нее с момента имплантации;

- рождение ребенка - юридический факт, порождающий множество гражданско-правовых последствий, ряд из которых уже признаны государством еще до рождения ребенка;

- ряд международных документов провозглашают ценность человеческой жизни с момента зачатия, в частности Декларация прав ребенка 1959 г. применяет понятие "ребенок" к человеческому существу еще до его

появления на свет (1). Там же указано, что "ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения". В Декларации за ребенком закреплено право на получение соответствующего медицинского обслуживания еще до рождения: "Ему должно принадлежать право на здоровые рост и развитие; с этой целью специальные уход и охрана должны быть обеспечены как ему, так и его матери, включая надлежащий дородовой и послеродовой уход"(1).

Следовательно, учитывая, что необходимое оказание медицинской помощи, является по роду своей специфики, индивидуально направленным назначением и может быть напрямую связано с жизнью и здоровьем человека, реализация несовершеннолетними своих прав на получение медицинской помощи осуществляется с согласия родителей и иных законных представителей, за исключением случаев угрозы жизни и здоровью ребенка и необходимости незамедлительного оказания медицинской помощи.

Важным представляется внесение изменений в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а точнее, необходимо изложить п. 1 ст. 22 следующим образом:

«1. Каждый, независимо от возраста, имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи».

В этой связи в отношениях по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним вполне целесообразно, если интересы ребенка будут представляться во всех случаях не только его законными представителями

путем их согласия/несогласия на проведение определенных медицинских вмешательств, госпитализацию и т.д., но и уполномоченными органами власти.

Также необходимо разработать дифференцированный перечень видов медицинских услуг, получение которых возможно с достижением определенного возраста. Разумеется, в этот перечень не должны входить сложные медицинские услуги - его следует ограничить простыми услугами разового характера, момент заключения которых должен совпадать с моментом исполнения. Такое разграничение следует включить в Правила предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

Помимо этого, в подходе к учету мнения ребенка по поводу оказания ему отдельных видов медицинских услуг необходимо учитывать опыт зарубежных стран. В связи с этим целесообразно определить и законодательно закрепить понятия "добровольного информированного согласия несовершеннолетнего пациента" для разных возрастных групп, способ его фиксации и оформления, определить случаи, когда медицинское вмешательство может быть осуществлено и при отсутствии согласия законных представителей на оказание медицинской помощи. Тем более несовершеннолетний пациент тоже потребитель и приравнивание правового статуса любого пациента к потребителю позволяет иначе взглянуть на проблему информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство. Руководствуясь ст. 10 Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей", исполнитель медицинской услуги обязан своевременно предоставлять потребителю необходимую и достоверную информацию об услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора, включая информацию о правилах оказания медицинских услуг, о враче, который будет оказывать медицинскую услугу, о ее цене и условиях, сроках, порядке

ее оказания. Однако, как часто бывает на практике, некачественное оказание медицинской помощи вследствие непредставления пациенту и (или) его законному представителю полной информации об оказываемой медицинской услуге может стать причиной причинения ребенку физических и нравственных страданий как со стороны медицинского персонала, так и со стороны законных представителей ребенка.

Законодательно установлены особые права в сфере охраны жизни и здоровья, предоставляемые отдельным категориям детей-пациентов.

Так, действующее законодательство РФ предусматривает возможность бесплатного обеспечения детей-инвалидов лекарственными препаратами как за счет средств федерального бюджета в рамках государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, так и за счет бюджетов субъектов Российской Федерации.

В соответствии со ст. ст. 6.1, 6.2 Федерального закона «О государственной социальной помощи» дети-инвалиды имеют право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, в том числе на получение лекарственных средств и изделий медицинского назначения по рецептам врачей бесплатно. Предоставление необходимых лекарственных препаратов на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи осуществляется в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 30 июля 1994 г. N 890, и перечнем, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 18 сентября 2006 г. N 665.

В то же время проблема обеспечения детей с ограниченными возможностями здоровья, детей, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, лекарственными препаратами стоит достаточно остро на уровне субъектов Российской Федерации.

Для детей, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями,

реализация права на получение медицинской помощи должна быть в полном объеме свободной и не обремененной каким-либо софинансированием. Думается, что оказание им платных медицинских услуг должно осуществляться только при их согласии медицинскими организациями частной формы собственности и только при заключении договора об оказании платных медицинских услуг в обязательной письменной форме.

Таким образом, несовершеннолетний пациент обладает гражданской правоспособностью в полном объеме, но ее реализация имеет ряд особенностей. Если по общему правилу гражданская правоспособность физического лица возникает с момента рождения и заканчивается смертью, то в медицинской сфере применение этого правила будет иметь свою специфику.

Представляются правильными следующие правовые "нововведения":

- следует законодательно предусмотреть права ребенка в сфере охраны здоровья и до рождения, подобно нормам международного права, а именно: на сохранение его здоровья в утробе матери, получение высокотехнологичной медицинской помощи, и др.;

- следует внести уточнения в законодательство, а именно в п. 1 ст. 20 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обратив внимание на то, что каждый пациент, независимо от его возраста, может вовлекаться в процесс принятия решения по вопросам, связанным с его здоровьем, в полной мере соответственно возможностям гражданина;

- следует в ст. 2 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закрепить понятие «медицинская правосубъектность», а ее содержание - раскрыть в отдельной новой главе данного Закона "Охрана здоровья отдельных категорий

граждан", конкретизировав гражданские права и обязанности различных категорий пациентов, включая детей, образующих их медицинскую правосубъектность;

2.6. Право несовершеннолетних на сохранение врачебной тайны

Врачебная тайна - медицинская, юридическая и социально-этическая концепция, которая запрещает медицинскому работнику информировать третьи стороны о состоянии здоровья пациента и предоставление другой конфиденциальной информации, полученной во время его осмотра и лечения. Запрет распространяется также на всех лиц, которым эта информация стала известна в случаях, предусмотренных законом.

Правовая основа защиты медицинской тайны сформулирована в Конституции Российской Федерации (статьи 23, 24). В статье 23 говорится, что каждый человек имеет право на неприкосновенность частной жизни, личные и семейные тайны, защиту его чести и доброго имени, право на конфиденциальность корреспонденции, телефонные разговоры, почтовые, телеграфные и другие сообщения. Ограничение этого права допускается только на основании решения суда. В статье 24 предусматривается, что сбор, хранение, использование и распространение информации о личной жизни человека без его согласия не допускаются, а также государственные органы и местные органы власти, их должностные лица обязаны предоставить каждому возможность ознакомиться с документами и материалами, непосредственно затрагивающими его права и свободы, если иное не предусмотрено законом.

Эти положения Конституции также применяются к информации, составляющей врачебную тайну, поскольку они могут быть раскрыты только по просьбе самого человека или его законного представителя, а также в определенных случаях, конкретно установленных законом. В медицинской этике и деонтологии принцип неразглашения информации о пациенте

обычно называется конфиденциальностью. Таким образом, Президент Российской Федерации Указом от 06.03.1997 г. N 188 «Об утверждении перечня конфиденциальной информации» (с поправкой от 11.09.2005 № 1111) утвердил шесть групп (категорий) такой информации. Четвертая группа включала информацию о профессиональной деятельности, доступ к которой ограничен в соответствии с Конституцией Российской Федерации и федеральными законами. Первым среди них является врачебная тайна: «Информация, связанная с профессиональной деятельностью, доступ к которой ограничен в соответствии с Конституцией Российской Федерации и федеральными законами (медицинская, нотариальная, адвокатская тайна, конфиденциальность корреспонденции, телефонные разговоры, почтовые отправления, телеграфные или другие сообщения и т. д.) ». Этические нормы общества предполагают, что каждый человек должен хранить тайну, доверенную ему другим человеком. Особое значение имеет концепция «тайны» в области медицины, где информация о пациенте, его текущее состояние здоровья и перспективы здоровья, а также будущее ребенка (сможет ли он продолжить обучение после болезни, станет ли инвалидом и т. д.), тесно переплетаются. Многие факты личной жизни в процессе лечения передаются пациентом врачу по мере необходимости в процессе медицинской диагностики. Поэтому отношения между людьми в обществе сильно отличаются от отношений между «врачом и пациентом». Врачебная тайна относится к основным принципам клятвы Гиппократова: «Я клянусь Аполлоном, врачом Асклепием, Гигией и Панайкойкой, и всеми богами и богинями, взяв их в качестве свидетелей, чтобы честно исполнить мои силы и мое понимание, следуя присяге и беру письменное обязательство ... Я не был бы доволен лечением, а также без лечения - я либо видел, либо слышал о человеческой жизни из вещей, которые никогда не должны быть разглашены, я буду хранить это в секрете, учитывая такие вещи в жизни и в искусстве и лаве во всех людях на все времена, нарушая то же самое и давая ложную клятву, будет наоборот»(54). Современная клятва врача, произносимая при

получении диплома высшего медицинского образования, является текстом статьи 71 Основ законодательства Российской Федерации о защите здоровья населения. Она также указывает на обязанность врача пациенту «хранить медицинскую тайну» (12). Исключением сегодня является то, что если он выполняет обязанности страхового врача или судебного эксперта, проводит военное медицинское обследование или осмотр и лечение инвалида, а также оказывает помощь несовершеннолетнему, определяет состояние здоровья гражданина по просьбе властей, обнаруживает инфекционное заболевание, устанавливает причину смерти, стремится избежать судебной ошибки.

Врачебная тайна - это информация о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья гражданина, диагнозе его болезни и другой информации, полученной во время его осмотра и лечения. Понятие «врачебная тайна» и обстоятельства, при которых передана информация, составляющая врачебную тайну, разрешается другим гражданам, в том числе должностным лицам, с согласия гражданина или его законного представителя и без такового согласия, определены Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Этот закон впервые регламентировал, что соблюдение медицинской тайны входит в девять основных принципов защиты здоровья человека (статья 4 «Основы»). В статье 4 говорится, что основными принципами охраны здоровья являются:

- 1) соблюдение прав граждан в области охраны здоровья и предоставление государственных гарантий, связанных с этими правами;
- 2) приоритет интересов пациента в оказании медицинской помощи;
- 3) приоритет защиты здоровья детей;
- 4) социальное обеспечение граждан в случае потери здоровья;

5) ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья;

6) доступность и качество медицинской помощи;

7) недопустимость отказа от оказания медицинской помощи;

8) приоритет профилактики в области охраны здоровья;

9) соблюдение врачебной тайны.

В статье 13 Федерального закона подробно рассматриваются вопросы соблюдения врачебной тайны. Во-первых, раскрытие информации, составляющей врачебную тайну, теперь разрешено только с письменного согласия гражданина (его законного представителя). Во-вторых, уточняется и расширяется перечень случаев, когда информация, составляющая врачебную тайну, разрешается без согласия гражданина или его законного представителя: в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 настоящего Федерального закона, а также несовершеннолетнего лица, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, информирование одного из своих родителей или законного представителя по просьбе органа опеки, в связи с исполнением уголовных наказаний и осуществление испытательного надзора за поведением, осужденного, и лица, освобожденного условно-досрочно; в целях расследования промышленной аварии и профессионального заболевания; в обмене информацией медицинскими организациями, в том числе находящимися в медицинских информационных системах, с целью оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных; для целей учета и контроля в системе обязательного социального страхования; в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности; в целях информирования органов

внутренних дел о допуске пациента, для которых имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью был вызван в результате незаконных действий.

Настоящее разъяснение и положения об охране врачебной тайны было получено в связи с общей компьютеризацией в медицинских организациях и передачей в будущем электронным носителям всех записей пациентов пациента. Правила для обработки, хранения и защиты персональных данных в соответствии с новым законодательством значительно изменились. В частности, распространение информации о состоянии здоровья человека запрещено Федеральным законом от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных» (с изменениями и дополнениями с изменениями, внесенными Федеральным законом № 261-ФЗ 25 июля 2011 г.), ст. , 9 «Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных». В ст. 10 «Специальные категории персональных данных» этого закона объясняют, в каких случаях и кому разрешается обработка данных о здоровье конкретного лица: только медицинским работникам и только в медицинских целях, сохраняя секрет диагноза.

Руководители медицинских учреждений всегда должны помнить о необходимости сохранения медицинской тайны и оснований, которые дают законное право разглашать ее, а также доводить эту информацию до сведения всех ее подчиненных - от медицинских специалистов до медицинских регистраторов, т. к. сохранение врачебной тайны - юридический долг и моральный долг каждого работника медицинского учреждения.

Уголовная ответственность возникает в соответствии с частью 2 ст. 137 Уголовного кодекса Российской Федерации - за незаконный сбор или распространение информации о личной жизни лица, составляющего его личную или семейную тайну, без его согласия или распространения этой информации в открытом заявлении, публично представленной работы или

массовой информации если эти действия совершаются лицом, использующим его официальное положение (8).

Однако незаконный отказ должностного лица предоставить документы и материалы, собранные в установленном порядке, которые непосредственно затрагивают права и свободы гражданина или предоставлять неполную или заведомо ложную информацию гражданину, если эти действия нанесли ущерб правам и законным интересам граждан, влечет уголовную ответственность по ст. , 140 действующего Уголовного кодекса Российской Федерации (8).

В Гражданском кодексе также содержатся статьи, которые могут быть применены к медицинским специалистам при раскрытии медицинской тайны. Статья 50 гласит, что жизнь и здоровье, личное достоинство, личная неприкосновенность, честь и доброе имя, деловая репутация, конфиденциальность, личные и семейные тайны, право на свободное передвижение, выбор места жительства и проживания, право на имя, право авторства, другие личные неимущественные права и другие нематериальные товары, принадлежащие гражданину с рождения или по закону, являются неотъемлемыми и не подлежат передаче иным способом. В случаях и в порядке, установленных законом, личные неимущественные права и другие нематериальные товары, принадлежащие умершему, могут осуществляться и защищаться другими лицами, в том числе наследниками правообладателя (6).

В случае раскрытия медицинской тайны гражданин может получить моральный ущерб, а затем в отношении медицинских работников может быть рассмотрена статья 50 «Компенсация морального вреда». И если гражданин морально пострадал (физическое или моральное страдание) действиями, которые нарушают его личные неимущественные права или посягают на другие нематериальные товары, принадлежащие гражданину, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может налагать на правонарушителя обязанность денежной компенсации за указанный ущерб.

При определении размера компенсации за моральный ущерб суд учитывает степень вины правонарушителя и другие заслуживающие внимания обстоятельства. Суд должен также учитывать степень физического и морального страдания, связанного с индивидуальными особенностями лица, которому причинен вред.

Также хотелось отметить, что медицинские организации не отвечают на запросы предприятий (работодателей) и других организаций по вопросам подачи гражданином медицинской помощи и его диагноза, лечения, периодов временной нетрудоспособности и т. д. по вопросам о пациенте, составляющим врачебную тайну.

Медицинские организации отвечают только на запросы органов дознания и следствия, то есть прокуратуры, суда, органов внутренних дел в связи с проведением расследования или судебного разбирательства, а также в определенных случаях, специально предусмотренных законом (12).

Кроме того, вопрос о соблюдении медицинской тайны в отношении несовершеннолетних старше 15 лет, которые имеют право определять круг лиц, которым разрешено раскрывать врачебную тайну, остается неясным. Однако родители или законные представители несовершеннолетнего не могут быть включены в такой список, а врач, информирующий их о состоянии здоровья несовершеннолетнего, нарушает нормативные законодательные акты.

Во всех случаях раскрытия врачебной тайны и личных данных пациента, гарантированных законом, пациент имеет право обратиться в суд за компенсацией морального вреда со стороны медицинской организации, выдавшей документы или данные пациента.

Работодатель вправе обратиться в органы социального страхования по вопросу обоснованности выдачи листка нетрудоспособности работнику по уходу за несовершеннолетним (но не в медицинскую организацию).

2.7. Право семьи на охрану здоровья матери и ребенка

В части 2 статьи 7 Конституции Российской Федерации говорится, что «в Российской Федерации ... обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства ...». Ч. 1, ст. 38 Конституции Российской Федерации гласит, что «материнство и детство, семья находятся под защитой государства».

Законодательство запрещает использование женского труда в тяжелой работе и работой связанной с физическими нагрузками и предполагает, чтобы беременные женщины не должны работать в ночное время, в выходные дни, сверхурочные часы, не направлялись в командировки. Защита материнства и детства подразумевает создание особых условий, направленных на обеспечение рождения, выхаживания и защиты детей, их полноценного развития и реализации семьи во всех его функциях в жизни общества.

В Российской Федерации защита материнства и детства относится к одному из стратегических направлений государственной социальной политики. Только в результате последовательных мер, проводимых на федеральном и региональном уровнях, в последние годы государство смогло улучшить основные показатели эффективности службы акушерства и детства. Прежде всего, планомерная организационная и практическая работа государственных структур и учреждений здравоохранения в области охраны здоровья матери и ребенка направлена на обеспечение доступности и повышения качества помощи для женщин и детей, снижение заболеваемости и смертности матерей, детей, снижение детской инвалидности. В ст. 23 Основ законодательства Российской Федерации о защите здоровья граждан установлено, что государство предоставляет беременным женщинам право работать в условиях, соответствующих их физиологическим характеристикам и состоянию здоровья. Согласно законодательству, каждой женщине во время беременности, во время и после родов следует оказывать

специализированную медицинскую помощь в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения за счет средств целевых фондов, предназначенных для охраны здоровья населения, а также за счет других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

В соответствии со ст. 259 Трудового кодекса Российской Федерации беременных женщин запрещается направлять в командировки, работать сверхурочно, работать в ночное время, в выходные и в нерабочие дни. К сверхурочной работе, работе в ночные часы, выходные и праздничные дни женщин с детьми в возрасте до трех лет допускают только с их письменного согласия и при условии, что они не запрещены ими в соответствии с медицинским заключением, выданном в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. В то же время женщины, у которых есть дети в возрасте до трех лет, должны быть письменно уведомлены о своем праве отказаться от направления в командировку, участвовать в сверхурочных работах, ночной работе, выходных и нерабочих праздничных днях. Те же гарантии предоставляются также матерям и отцам, которые воспитывают детей в возрасте до пяти лет без супруга, работникам с детьми-инвалидами и сотрудникам, ухаживающим за больными членами семьи в соответствии с медицинским заключением. Статья 260 Трудового кодекса Российской Федерации предусматривает, что до или после отпуска по беременности и родам или в конце отпуска по уходу за ребенком женщине по ее просьбе предоставляется ежегодный оплачиваемый отпуск независимо от продолжительности работы с этим работодателем. Прекращение трудового договора по инициативе работодателя с беременными женщинами не допускается, за исключением случаев ликвидации организации или прекращения деятельности индивидуальным предпринимателем (статья 261 Трудового кодекса Российской Федерации). Статьей 262 Трудового кодекса Российской Федерации предусмотрено, что

одному из родителей или законному представителю по уходу за детьми-инвалидами по его письменному заявлению предоставляется четыре дополнительных оплачиваемых дня в месяц, которые могут использоваться одним из указанных лиц или разделены ими по своему усмотрению. Оплата за каждый дополнительный выходной день производится в размере и в порядке, установленном федеральными законами. Женщины, работающие в сельских районах, могут получать по их письменному заявлению один дополнительный выходной день в месяц без оплаты. В соответствии со ст. 263 Трудового кодекса Российской Федерации сотруднику, имеющему двух или более детей в возрасте до четырнадцати лет, работнику, который имеет ребенка инвалида в возрасте до восемнадцати лет, мать-одиночку, воспитывающую ребенка в возрасте до четырнадцати лет, отец, воспитывающий ребенка в возрасте до четырнадцати лет без матери, имеет право на ежегодный отпуск без оплаты в удобное для них время до 14 календарных дней. Указанный отпуск по письменному заявлению сотрудника может быть добавлен к ежегодному оплачиваемому отпуску или использован отдельно, или частично. Передача этого отпуска на следующий рабочий год не допускается. Гарантии и льготы, предоставляемые женщинам в связи с материнством - ограничение ночной работы и сверхурочных, участие в работе по выходным и нерабочим дням, направление в командировки, предоставление дополнительных отпусков, установление льготных условий работы и другие гарантии и льготы, установленные законом также применяются к отцам, воспитывающим детей без матери, а также опекунам (попечителям) несовершеннолетних в соответствии со ст. 264 Трудового кодекса Российской Федерации.

2.8. Обязанности и ответственность несовершеннолетних граждан в сфере охраны здоровья

Несовершеннолетние по гражданскому законодательству РФ не являются дееспособными гражданами (ст. 21 ГК РФ), то есть не обладают

способностью своими действиями приобретать гражданские права и создавать для себя гражданские обязанности.

Российское законодательство предусматривает в качестве оснований для возникновения полной дееспособности:

- достижение физическим лицом возраста 18 лет (п. 1 ст. 21 ГК РФ);
- вступление физического лица до достижения 18 лет в брак (п. 2 ст. 21 ГК РФ, абз. 1 п. 2 ст. 13 СК РФ);
- эмансипация (ст. 27 ГК РФ).

Учитывая нормы Семейного Кодекса РФ о возможности снижения брачного возраста, законодательство субъектов РФ, устанавливающее нормы права о вступлении в брак до достижения лицом 18 лет, весьма разнообразно. Например, в Республике Башкортостан возрастные ограничения на вступление в брак вообще отсутствуют, что фактически ведет к тому, что брак может быть разрешен и лицу, не достигшему 14-летнего возраста. В других субъектах Федерации снижение возраста возможно до 14 или 15 лет. Как правило, в качестве особых обстоятельств субъекты Федерации определяют:

- факт беременности;
- рождение ребенка;
- отсутствие обоих родителей у вступающих в брак;
- непосредственную угрозу жизни одному из вступающих в брак;
- иные чрезвычайные обстоятельства.

В некоторых субъектах Федерации в качестве особого обстоятельства снижения брачного возраста рассматривается "наличие беременности (22 недели и более), прерывание которой противопоказано заключением медицинской комиссии". Некоторые законы субъектов Федерации вообще оставляют перечень особых обстоятельств открытым, что может привести на практике к существенному нарушению прав несовершеннолетних лиц .

Приобретение гражданином полной дееспособности влияет не только на его гражданско-правовое положение, но также и на его положение в сфере

медико-правовых отношений. Несовершеннолетний пациент, руководствуясь ст. ст. 21, 27 ГК РФ, абз. 3 п. 1 ст. 56 СК РФ, признанный в соответствии с законодательством РФ полностью дееспособным до достижения совершеннолетия, имеет право не только самостоятельно осуществлять свои права и обязанности (например, заключать договор на оказание платных медицинских услуг), но и нести ответственность за свои неправомерные деяния в отношении медицинской организации при оказании ему медицинской помощи.

В Постановления Пленума Верховного Суда РФ, Пленума ВАС РФ от 1 июля 1996 г. N 6/8 "О некоторых вопросах, связанных с применением части первой Гражданского кодекса Российской Федерации" (п. 16) указывается, что несовершеннолетний, объявленный в соответствии со ст. 27 ГК РФ эмансипированным, обладает в полном объеме гражданскими правами и несет обязанности (в том числе самостоятельно отвечает по обязательствам, возникшим вследствие причинения им вреда), за исключением тех прав и обязанностей, для приобретения которых федеральным законом установлен возрастной ценз (например, ст. 13 Федерального закона от 13 декабря 1996 г. N 150-ФЗ "Об оружии", ст. 22 Федерального закона от 28 марта 1998 г. N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе").

Какой-либо особый возрастной ценз, как показывает анализ законодательства РФ об охране здоровья граждан, для самостоятельной ответственности досрочно получившего дееспособность несовершеннолетнего по обязательствам, возникшим вследствие причинения им вреда медицинской организации, не устанавливается. С другой стороны, Федеральный закон N 323-ФЗ устанавливает ряд ограничений на самостоятельную реализацию несовершеннолетними прав в сфере охраны здоровья граждан необходимостью получения согласия родителей, законных представителей. Именно это позволяет нам прийти к мнению, что приобретение полной гражданской дееспособности до 18 лет не влияет на отношения, регулируемые законодательством РФ об охране здоровья

граждан. В частности, права пациента возникают у ребенка, а ответственность за его противоправные действия (например, за виновное причинение вреда имуществу медицинской организации несовершеннолетним пациентом) - у его родителей, законных представителей. В этом отношении можно согласиться с позицией, что поскольку вред здоровью при оказании медицинских услуг связан с личностью, переход к другому лицу прав, неразрывно связанных с личностью, не допускается, а ответственности - допускается. По нашему мнению, здесь действительно имеется некоторая коллизия между гражданским, семейным законодательством, с одной стороны, и медицинским законодательством - с другой. Фактически складывается ситуация, в которой для участия в гражданском процессе несовершеннолетнему полностью дееспособному лицу законный представитель не нужен, а для участия в деле по возмещению вреда медицинской организации - необходим.

Несовершеннолетние пациенты за совершение неправомерных действий в отношении медицинской организации могут выступать субъектами:

- уголовной ответственности (при достижении возраста 14 лет, например, за кражу имущества медицинской организации по ст. 158 Уголовного кодекса Российской Федерации);

- административной ответственности (при достижении возраста 16 лет, например, за мелкое хулиганство в медицинской организации по ст. 20.1 Кодекса РФ об административных правонарушениях);

- гражданско-правовой ответственности (при достижении возраста 14 лет и наличии источника дохода, иного имущества согласно ГК РФ за причиненный вред медицинской организации).

Согласно ст. 1074 Гражданского Кодекса Российской Федерации несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет будут самостоятельно нести ответственность за причиненный вред медицинской организации на общих

основаниях за исключением случаев отсутствия у них доходов или иного имущества, достаточного для возмещения вреда, а также случаев нахождения несовершеннолетних на попечении воспитательных, лечебных учреждений, учреждений социальной защиты населения или других аналогичных учреждений. В том случае, если несовершеннолетний в возрасте от 14 лет находился в медицинском учреждении на лечении, ответственность за совершение им гражданско-правового деликта, повлекшего причинение вреда лечебно-профилактическому учреждению, будут нести родители (усыновители), попечители и медицинское учреждение полностью или в недостающей части, если не докажут, что вред возник не по их вине.

Согласно ст. 155.1, п. 2 ст. 155.2 СК РФ, ч. 5 ст. 11 ФЗ "Об опеке и попечительстве" к ответственности за вред жизни или здоровью гражданина, причиненный несовершеннолетним ребенком, в том числе в медицинской организации, могут быть привлечены не только родители, но и:

- усыновители, в том числе проживающие отдельно от детей;
- опекуны (попечители);
- организация для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в которую ребенок был помещен под надзор, в том числе сами медицинские организации;
- медицинская организации, в которой ребенок, имеющий родителей, временно находился под надзором и получал медицинскую помощь;
- лицо, осуществлявшее надзор за ребенком на основании договора, например, договора возмездного оказания реабилитационных услуг.

Согласно п. п. 1, 2 ст. 1073, п. 2 ст. 1074 ГК РФ родители (усыновители), опекуны, попечители, а также медицинская или иная организация для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в которую несовершеннолетний был помещен под надзор, отвечают за вред, причиненный несовершеннолетним, если с их стороны имело место безответственное отношение к его воспитанию и неосуществление должного надзора за ним (попустительство или поощрение озорства, хулиганских и

иных противоправных действий, отсутствие к нему внимания и т.п.). Стоит обратить внимание на то, что медицинские и иные организации, где малолетний временно находился, а также лица, осуществляющие над ним надзор на основании договора, отвечают только за неосуществление должного надзора за малолетним в момент причинения им вреда.

По общему правилу обязанность родителей (усыновителей), опекунов, медицинских или иных организаций по возмещению вреда, причиненного малолетним, не прекращается с достижением им совершеннолетия или получением имущества, достаточного для возмещения вреда. Однако если привлеченные к ответственности лица умерли или не имеют достаточных средств для возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью потерпевшего, а сам причинитель вреда, ставший полностью дееспособным, обладает такими средствами, то суд с учетом имущественного положения потерпевшего и несовершеннолетнего, а также других обстоятельств вправе принять решение о возмещении вреда полностью или частично за счет самого причинителя вреда.

Вред, причиненный несовершеннолетним, должен быть возмещен полностью или в недостающей части, если они не докажут, что вред возник не по их вине. При наличии средств для возмещения вреда у несовершеннолетнего он самостоятельно несет ответственность за причиненный вред на общих основаниях. Данные правила распространяются и на правоотношения, возникающие вследствие причинения несовершеннолетним морального вреда.

Таким образом, гражданско-правовая ответственность несовершеннолетних пациентов за вред, причиненный медицинской организации, связана с объемом их дееспособности и наличием деликтоспособности, то есть возможности самостоятельно нести имущественную ответственность.

Однако перспективным является расширение объема гражданско-правовой ответственности несовершеннолетних - пациентов в возрасте старше 14 лет, в случае умышленного причинения вреда медицинской организации, и включения в их обязанности, например, волонтерской деятельности в течение определенного периода (от 1 до 3 месяцев), во внеучебное или рабочее (для лиц старше 16 лет) время, в медицинской организации с учетом возрастных особенностей ребенка.

Обязанности граждан по охране своего здоровья, в том числе и несовершеннолетних граждан законодательно закреплены ст. 27 Основ. Прежде всего, это забота о своем здоровье, ведение здорового образа жизни, занятие профилактикой заболеваний. К сожалению, профилактическое медицинское обследование мало практикуется. Более того, несвоевременное обращение за медицинской помощью, самостоятельное лечение, в том числе у «народных целителей», является причиной развития запущенных форм заболевания, в том числе и в детском возрасте. В случае пренебрежительного отношения пациента к собственному здоровью даже самые совершенные медицинские технологии и усилия врачей не будут иметь результата. Реализация пациентом своих прав не должна препятствовать медицинскому персоналу в выполнении профессиональных обязанностей, создавать неудобства для других пациентов и, тем более, нарушать их права. В этой связи можно выделить следующие обязанности пациента: представить врачу полную и достоверную информацию о здоровье несовершеннолетнего (от этого во многом зависит качество); соблюдать правила внутреннего распорядка медицинской организации, общепризнанные правила и нормы поведения в общественных местах; выполнять все назначения и рекомендации лечащего врача.

ГЛАВА 3. ГАРАНТИИ ПРАВА НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ

3.1. Социальные гарантии государства на охрану здоровья несовершеннолетних

Социальность государства как основная гарантия признания и реализации социальных прав. Положения ст. 39 Конституции РФ, гарантирующей социальное обеспечение, нельзя рассматривать в отрыве от ее ст. 7, согласно которой Российская Федерация является социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека (5) . Среди основных направлений социальной политики ч. 2 этой статьи называет обеспечение государственной поддержки семьи, материнства, отцовства и детства. Представляется, что ст. 7 Основного Закона, устанавливающая требования к социальному государству и раскрывая его понятие, очерчивает через них конституционный статус каждого человека, в том числе ребенка, показывая, что достойная жизнь и свободное развитие детей могут и должны обеспечиваться совокупностью их конституционных прав и свобод, гармонично дополняющих друг друга. Принцип социального государства конкретизируется при закреплении в Конституции РФ отдельных субъективных прав: на труд (ст. 37), семейную жизнь (ст. 38), социальное обеспечение (ст. 39), жилище (ст. 40), охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41), образование (ст. 43), в реализации которых участвует государство.

Суть социального государства состоит в создании условий для реализации социальных прав, приведении фактического положения человека в соответствие с его формально провозглашенными правами. Цели политики Российской Федерации как социального государства определяют его обязанность заботиться о благополучии своих граждан, а основное содержание социального обеспечения заключается в предоставлении человеку средств к существованию. Исходя из этих позиций,

сформулированных Конституционным Судом РФ более 15 лет тому назад, речь идет о предоставлении в рамках социального обеспечения средств существования не когда-либо в будущем, а в то время, когда они необходимы, поскольку их отсутствие грозит самой жизни человека.

Предусмотренная Конституцией РФ обязанность государства гарантировать материальную обеспеченность граждан при наступлении социальных рисков обуславливает выработку законодателем оптимальных механизмов регулирования отношений в данной сфере, основанных на балансе социальных потребностей населения и экономических возможностей государства на конкретном этапе его развития. При этом, по нашему мнению, первичны в этом балансе потребности человека, которые не могут удовлетворяться на уровне, не обеспечивающем его выживание. Соответственно, задача государства - изыскивать все необходимые для этого возможности.

В юридической литературе нередко говорится, что Россию считать социальным государством пока нельзя. Проблема реализации государством социальной функции не в последнюю очередь связана с теоретическими представлениями о его сущности. На протяжении десятилетий сторонники социального государства апеллировали к справедливости, гуманности, к долгу делиться с нуждающимися богатством, которое к тому же создается не только личным трудом. С середины XX в. у них появились и юридические обоснования - Всеобщая декларация прав человека, международные пакты, конституции многих современных государств. Противники социального государства ссылались и ссылаются на свободу предпринимательской деятельности, недопустимость снижения эффективности производства, обременительность социальных функций для общества, поощрение иждивенчества, унижительность получения помощи от государства, недостаточность и невысокое качество предоставляемых им услуг и т.п. . Поскольку нас интересует социальная функция государства применительно к

детям, отметим, что не только новорожденных, но и других детей нельзя упрекать в слабоумии, неприспособленности, медлительности, нерешительности, ненадежности, недопустимо предъявлять к ним требование самим о себе заботиться, выживать и развиваться в одиночку. Если же правомерно говорить о естественном отборе в человеческом обществе, о неограниченной свободе людей, то стоит ли привлекать к уголовной ответственности родителей, оставляющих ненужных им детей на произвол судьбы, в том числе выбрасывая их на помойку, либо делающих попытки продать их любому желающему? Почему в таком случае ущемляется свобода лиц, по тем или иным причинам не желающих или не могущих платить алименты на детей, в том числе тех, в рождении которых они не были заинтересованы? Российская Конституция выглядит как весьма сдержанная и расчетливая, поскольку она не обязывает власть удовлетворять жизненные потребности человека, не обещает права на достойную жизнь или непрерывное улучшение жизненного уровня. "Нельзя вымышлять всемогущее государство, чтобы сложить на него попечение о стариках, детях, родителях, соседях». Отметим, что государственность России была признана всенародным голосованием советских людей. Они приняли Конституцию, в преамбуле которой говорится о народе, соединенном общей судьбой на своей земле, чтящем память предков, передавших любовь и уважение к Отечеству, веру в добро и справедливость, стремящемся обеспечить благополучие и процветание России исходя из ответственности за свою Родину перед нынешним и будущими поколениями. Вряд ли граждане России проголосовали бы за Конституцию, допуская, что она не признает преемственности, позволяет государству отречься от того положительного, что уже было достигнуто страной и предшествующими поколениями россиян, несправедливо и безответственно умалять их неотъемлемые права и свободы.

Признание Россией международных обязательств как конституционная гарантия социальных прав граждан. В силу ч. 1 ст. 17 Конституции в России

права и свободы человека и гражданина признаются и гарантируются не только в соответствии с Основным Законом, но и согласно общепризнанным принципам и нормам международного права. В России каждому гарантируется право на социальное обеспечение, закрепленное в ст. 22 Всеобщей декларации прав человека 1948 г. и ст. 9 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах 1966 г. Международные нормы выполняют роль ориентира (стандарта) для российского национального права по соблюдению законодательными и правоприменительными органами прав человека и реализуются через национальное законодательство. Государство должно предоставлять семье по возможности самую широкую охрану и помощь, в особенности при ее образовании, и особенно пока на ее ответственности лежит забота о несамостоятельных детях и их воспитании. Также государство должно приниматься особые меры охраны и помощи в отношении всех детей и подростков без какой бы то ни было дискриминации по признаку семейного происхождения или по иному признаку. Государство должно признавать право каждого на достаточный жизненный уровень для него и его семьи, включающий достаточное питание, одежду и жилище, и на непрерывное улучшение условий жизни, принимая надлежащие меры к обеспечению осуществления этого права, а также признавать право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Также государством должны быть приняты дополнительные меры для полного осуществления этого права, включающие, в частности, мероприятия, необходимые для сокращения мертворождаемости и детской смертности, для здорового развития ребенка, обеспечения медицинской помощью и медицинским уходом в случае болезни. Следовательно, путь к признанию прав ребенка одной из величайших общечеловеческих ценностей долг и труден. Ребенок при всех обстоятельствах должен быть среди тех, кто первым получает защиту и помощь. Однако ни в Конституции, ни в отраслевом российском законодательстве они в должной мере не отражены.

Нет в российских нормативных правовых актах также механизма, позволяющего гражданам настаивать на реализации приведенных выше международных норм. Представляется, что отсутствие указанных положений в Конституции и в иных федеральных законах ущемляет интересы семей с детьми и самих детей, уводит в тень международно-правовые обязательства государства и снижает его ответственность за их выполнение.

Дети как субъекты конституционного права на социальное обеспечение. Конституция РФ (ч. 1 ст. 39) гарантирует каждому социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом. Перечень таких случаев (именуемых социальными рисками) является открытым и предполагает возможность его дополнения законодателем. Так, вполне очевидно, что поддержка и защита материнства (ст. 7 и 38 Конституции) включают и социальное обеспечение при материнстве. К социальным рискам в настоящее время закон относит также приобретение статуса безработного, вынужденное переселение, бедность и др..

В Конституции не раскрываются даже названные в ней основания социального обеспечения. Она делегирует их конкретизацию законодателю, прямо предусматривая, например, что государственные пенсии и социальные пособия устанавливаются законом (ч. 2 ст. 39). Законодатель устанавливает условия предоставления этих денежных выплат, что требует и определения соответствующих понятий.

Поскольку социальное обеспечение гарантируется каждому человеку, нельзя относить эти гарантии лишь ко взрослым людям. Претендовать на социальное обеспечение вправе и каждый ребенок. Это прямо вытекает из положения ч. 2 ст. 17 Конституции о том, что основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения.

Среди оснований социального обеспечения Конституция первым называет возраст. Многие специалисты полагают, что этот социальный риск

связан с реальной либо презюмируемой утратой трудоспособности в силу возрастных особенностей стареющего организма, что речь идет не о еще и уже нетрудоспособных лицах (по выражению К. Маркса), т.е. о детях и стариках, а лишь о последних. Между тем буквальное понимание этого социального риска, на наш взгляд, не дает никаких оснований исключать детей (каждого ребенка!) из субъектов конституционного права на социальное обеспечение именно в силу их возраста. Это весьма актуально не только в теоретическом плане. Согласно Конвенции о правах ребенка государства-участники признают за каждым ребенком право пользоваться благами социального обеспечения, включая социальное страхование, и принимают необходимые меры для достижения полного осуществления этого права в соответствии с их национальным законодательством (ч. 1 ст. 26); признают право каждого ребенка на уровень жизни, необходимый для его физического, умственного, духовного, нравственного и социального развития (ч. 1 ст. 27). Сведение регулярной государственной помощи детям к незначительной региональной подачке самым нуждающимся вызывает обоснованную критику в научной литературе и не соответствует не только духу, но и букве Конституции РФ.

Инвалидность, одно из называемых в Конституции оснований социального обеспечения, долгое время трактовалась в СССР как определенная степень утраты трудоспособности. Поэтому дети как лица, еще не приобретшие способность к труду и, соответственно, не могущие ее утратить, инвалидами не признавались. Лишь с изданием Приказа Минздрава СССР от 14 декабря 1979 г. N 1265 в нашей стране официально появился термин "дети-инвалиды", относящийся к детям с ограниченными возможностями здоровья, не достигшим 16-летнего возраста. В настоящее время дети в возрасте до 18 лет не только могут быть признаны детьми-инвалидами, но в значительной мере приравнены по благам социального обеспечения ко взрослым инвалидам. Особыми правами наделяются также родители этих детей и заменяющие их лица. Распространение

конституционных гарантий социального обеспечения на всех инвалидов, независимо от их возраста, сомнений ни у кого не вызывает.

Наряду с возрастом и инвалидностью в качестве основания социального обеспечения Конституция называет потерю кормильца. Это смерть или безвестное отсутствие лица, которое содержало детей и других членов своей семьи либо было обязано содержать в силу закона. При потере кормильца социальное обеспечение может, в частности, выражаться в пенсионном обеспечении его взрослых иждивенцев (независимо от возраста и трудоспособности последних), если они заняты уходом за детьми, не достигшими 14-летнего возраста, и не работают. То есть законодатель признает социально оправданным семейный уход за такими детьми, гарантируя осуществляющему его лицу компенсацию утраченного им дохода кормильца.

Каждому человеку Конституция гарантирует социальное обеспечение и для воспитания детей. Поскольку речь идет о каждом человеке (каждом, кто имеет детей и их воспитывает), закономерно полагать, что на социальное обеспечение могут претендовать все такие лица, а соответствующие гарантии должны конкретизироваться в отраслевом законодательстве. В данном случае, на наш взгляд, речь идет о потребностях именно родителей (замещающих их лиц), которые выполняют семейные обязанности в отношении детей, например, находятся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им трехлетнего возраста и нуждаются в связи с этим в средствах для личного существования. Вряд ли правомерно трактовать это основание как возможность получить пособие на ребенка или иную помощь, необходимую для удовлетворения его личных жизненных потребностей. Если же под формулировкой "для воспитания детей" понимать оказание поддержки лично ребенку (через его родителей), это ставит под сомнение конституционные гарантии социального обеспечения детей по возрасту, т.е. необоснованно сужает понятие "каждый человек" за счет исключения из него ребенка, что не согласуется с конституционным положением о том, что

основные права человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения. Применительно к пониманию социального обеспечения для воспитания детей следует учитывать также положения ч. 2 и 3 ст. 18 Конвенции о правах ребенка, согласно которым государства-участники оказывают родителям и законным опекунам надлежащую помощь в выполнении ими своих обязанностей по воспитанию детей и обеспечивают развитие сети детских учреждений, а также принимают все необходимые меры для обеспечения того, чтобы дети, родители которых работают, имели право пользоваться предназначенными для них службами и учреждениями по уходу за детьми.

Понятия "потеря кормильца" и "воспитание детей" как основания социального обеспечения связаны с положениями ст. 38 Конституции, которая гласит, что забота о детях, их воспитание - не только право, но и обязанность родителей. Еще в большей мере названные основания опираются на сложившееся отраслевое правовое регулирование, согласно которому родители обязаны содержать детей и несут ответственность (вплоть до уголовной) за злостное уклонение от выполнения этой обязанности, а государство лишь помогает (при необходимости) родителям и детям, в том числе предоставляя тем и (или) другим блага социального обеспечения. Отсюда и фигура кормильца - отца и (или) матери, иногда других членов семьи и соответствующее основание социального обеспечения (в первую очередь ребенка) при потере кормильца. Не случайно в научной и учебной литературе часто говорится о социальном обеспечении человека и его семьи, о необходимости определения понятия семьи как самостоятельного субъекта права социального обеспечения. Это представление опирается и на международно-правовые акты, где нередко фигурирует понятие "человек и его семья". Противопоставление (или объединение) понятий человека и его семьи (которая включает прежде всего и главным образом детей, но при этом как бы не считает их отдельными "человеками") предопределяет, на наш взгляд, необоснованно суженные, меньшие гарантии социального

обеспечения детей по сравнению со взрослыми, ставит тех и других в неравное правовое положение. Дети не должны страдать из-за нерационального или неразумного поведения родителей, дарующих им жизнь, оставаться из-за этого без жизненных средств. Между тем фактически - в соответствии с отраслевым законодательством (но, на наш взгляд, вопреки требованиям Конституции и международным обязательствам) - дети в отличие от взрослых зачастую могут претендовать на полноценное социальное обеспечение лишь при отсутствии родительского попечения или при явной недостаточности у семьи средств для их содержания. Иначе говоря, пока родители не дошли до определенного предела - черты бедности, удовлетворение жизненных потребностей детей - во многом семейная проблема.

В статье 3 Конвенции о правах ребенка сказано, что государства-участники обязуются "обеспечить ребенку такую защиту и заботу, которые необходимы для его благополучия, принимая во внимание права и обязанности его родителей, опекунов и других лиц, несущих за него ответственность по закону, и с этой целью принимают все соответствующие законодательные и административные меры"(2). В российском же законодательстве обеспечение прав и свобод детей, защита их законных интересов являются прерогативой родителей и лишь в случае недобросовестности последних, выразившейся в неисполнении данных обязательств либо злоупотреблении ими, государство берет на себя ответственность за замещение родительских функций.

Действительно, государство принимает на себя безусловную заботу о тех детях, которые не имеют семьи или лишены родительского попечения. Дети-сироты (в том числе социальные) находятся на полном государственном обеспечении в специальных учреждениях.

При сохранении в обозримом будущем института семьи немаловажное (решающее) значение для детей, как и сегодня, будут иметь их содержание и воспитание родителями за счет личных трудовых доходов. Но коль скоро

источником дохода подавляющего большинства населения является оплачиваемая работа по найму, возможность и необходимость нормального содержания детей требуют определенного уровня заработной платы родителей.

Уровень социального обеспечения. Конституционные гарантии социального обеспечения требуют определенного его уровня. Полагающиеся или предоставляемые блага должны соотноситься со средствами, необходимыми для удовлетворения жизненных потребностей лиц, которым оно гарантируется. "Право на социальное обеспечение мертво, если оно не гарантирует достойную жизнь человека". Поэтому многие авторы обоснованно критикуют Конституцию за отсутствие в ней стандартов социального обеспечения, каких-либо критериев его уровня. Между тем есть основания полагать, что это сделано сознательно. Очевидна преемственность между ст. 26 Декларации прав и свобод человека и гражданина и ст. 39 Конституции. Однако в Конституцию не вошло принципиально важное положение названной статьи Декларации о том, что пенсии, пособия и другие виды социальной помощи должны обеспечивать уровень жизни не ниже установленного законом прожиточного минимума. Отсутствие данного положения в Конституции негативно отражается на фактически сложившейся ситуации в сфере социального обеспечения.

Как отмечал Уполномоченный по правам человека в России В.П. Лукин в докладе за 2004 г., одной из основных проблем, порождающих массовые нарушения прав детей, является проблема бедности. Увеличивается число детей, не имеющих возможности получить должное образование, полноценный отдых, разумный досуг. Содержание и воспитание детей для многих семей превращаются в непосильное бремя. Все больше детей занимается бродяжничеством и попрошайничеством, вовлекается в наркобизнес. Многие неграмотные дети оказываются за пределами школы. Тревогу вызывает общее состояние здоровья детей. Неотложных мер требуют проблемы детей-инвалидов. В докладе подчеркивалось, что для

реального осуществления прав и законных интересов ребенка необходимо совершенствовать механизмы, обеспечивающие их защиту, развивать законодательство в этой области, на деле, а не на словах сделать заботу о будущем нации приоритетной для общества и государства. Сегодня этот текст звучит не менее актуально, чем 13 лет назад.

Поскольку отношения в сфере социального обеспечения являются распределительными, их часто относят к социально-экономическим. Очевидно, что качество и уровень социального обеспечения напрямую зависят от зрелости и развитости экономики, величины ВВП, собираемых налогов, страховых взносов и иных доходов государства и общества. Важно и то, как четко Конституция определяет роль государства в развитии не только социальной сферы, но и экономики, особенно в связи с переориентацией страны с социалистического на капиталистический путь развития. По мнению С.Д. Валентя, общество и, главное, его интеллектуальная элита оказались готовыми принять любую антитезу формуле "рынок (частная собственность) -> антирынок (общенародная собственность)", предложенной в 1917 г. Такой антитезой выступила формула "антирынок -> рынок". Ученый приходит к выводу, что в России многие ошибки сегодняшнего дня порождены исторической ориентацией на простые решения, что экономика России невосприимчива к инновационному пути развития, а без инновационного рывка она отстанет от развитых стран навсегда. Таким образом, уровень реализации социальных прав оказывается заложником неэффективного управления экономикой.

Россия в силу исторической преемственности и в соответствии с конституционными требованиями в интересах будущих поколений, сохранения страны и сбережения народа может и должна быть подлинно социальным государством. Она располагает для этого всеми необходимыми возможностями. Очевидная слабость Конституции состоит в недостаточном урегулировании вопросов развития экономики и гражданского общества, что сказывается и на социальной проблематике. Но отсутствие необходимых

положений в основном законе, в том числе относительно уровня социального обеспечения, не является непреодолимым препятствием для поступательного социально-экономического развития страны и правового обеспечения необходимых социальных гарантий для каждого российского ребенка.

3.2. Совершенствование механизма судебной защиты прав несовершеннолетних при отказе законных представителей от медицинского вмешательства

Конституция Российской Федерации закрепляет право каждого на охрану здоровья и получение медицинской помощи. Основным законодательным актом, регулирующим порядок реализации права пациента на получение медицинской помощи, является Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

В частности, одним из обязательных предварительных условий для оказания медицинской помощи и проведения любого медицинского вмешательства Закон (ст. 20) предусматривает информированное добровольное согласие пациента (12). Такое согласие дается на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Логика законодателя заключается в том, что согласие на медицинское вмешательство должно быть именно информированным, осознанным. Следовательно, пациент должен обладать определенным уровнем знаний и жизненным опытом, позволяющим принять обдуманное, взвешенное решение.

В настоящее время Закон N 323-ФЗ закрепляет право пациента давать информированное добровольное согласие самостоятельно, начиная с 15 лет.

До достижения несовершеннолетним 15 лет информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении его дает один из родителей или иной законный представитель - усыновители, опекуны либо попечители. С точки зрения права на дачу информированного добровольного согласия правовой статус родителей, усыновителей, опекунов и попечителей ничем не отличается.

Также законные представители несовершеннолетнего дают согласие на медицинское вмешательство и в следующих случаях:

- в отношении больного наркоманией несовершеннолетнего до достижения им возраста 16 лет;

- несовершеннолетнего (до 18 лет) больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста);

- в отношении несовершеннолетнего (до 18 лет) реципиента при трансплантации (пересадке) органов и тканей человека.

Представляется, что применение указанной нормы в практической деятельности медицинских организаций может вызывать существенные затруднения, поскольку отсутствуют четкие критерии, позволяющие определить медицинскому работнику, в каком случае достаточно только согласия законного представителя, а в каком - требуется еще и согласие самого пациента.

Закрепляя право пациента на согласие, предшествующее медицинскому

вмешательству, законодатель признает за пациентом и его законным представителем право на отказ от оказания медицинской помощи. На наш взгляд, такое право не может быть абсолютизировано, особенно когда речь идет о несовершеннолетнем гражданине, т.е. лице, нуждающемся в повышенной правовой защите. В частности, анализируя права родителей и иных законных представителей отказаться от медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетних, следует учитывать и нормы о правах ребенка.

Так, согласно Конвенции о правах ребенка от 20 ноября 1989 г., родители несут основную ответственность за воспитание и развитие ребенка (п. 1 ст. 18), ответственность за обеспечение в пределах своих способностей и финансовых возможностей условий жизни, необходимых для развития ребенка (п. 2 ст. 27).

В Семейном кодексе РФ предусмотрено, что родительские права не могут осуществляться в противоречии с интересами детей (п. 1 ст. 65 СК РФ), а также содержится положение о возможном ограничении федеральным законом прав граждан в семье в той мере, в какой это необходимо в целях защиты здоровья других членов семьи (ст. 1 СК РФ). В обоснование этого положения указывается, что при столкновении интересов отдельных участников гражданских правоотношений (в широком их понимании) должны учитываться также интересы общества, нормы морали и нравственности.

Более того, Семейный кодекс прямо указывает, что ребенок имеет право на защиту от злоупотреблений со стороны родителей (лиц, их заменяющих) (ч. 2 ст. 56 СК РФ).

В последнее время в средствах массовой информации участились сообщения об отказе родителей от медицинского вмешательства в отношении ребенка. Как правило, речь идет о переливании чужой крови, когда медицинское вмешательство необходимо по жизненным показаниям.

Мотивация отказа, как правило, связана с религиозными убеждениями граждан. По нашему мнению, налицо злоупотребление родительскими правами, что является одним из оснований лишения родительских прав.

Полагаем совершенно оправданным наличие в Законе об охране здоровья права медицинской организации в судебном порядке выступать в защиту интересов несовершеннолетних граждан. Подобное реагирование возможно при совпадении двух условий:

- законный представитель пациента дал отказ от проведения медицинского вмешательства;
- медицинское вмешательство необходимо для спасения жизни.

Применительно к несовершеннолетним названная норма коррелирует с ч. 3 ст. 65 СК РФ, возлагающей обязанность на должностных лиц организаций и иных граждан, которым станет известно об угрозе жизни или здоровью ребенка, сообщить об этом органу опеки и попечительства по месту фактического нахождения ребенка. Считаем совершенно оправданным предоставление лечебному учреждению права обращаться за защитой интересов несовершеннолетнего или недееспособного пациента непосредственно в суд, поскольку это позволяет сократить время на принятие мер реагирования в целях восстановления нарушенного права гражданина.

Однако гражданское процессуальное законодательство содержит пробел, практически нивелирующий исследуемую норму и сводящий на нет возможный положительный эффект от ее введения в здравоохранительное законодательство.

В соответствии со ст. 154 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации (далее - ГПК РФ) гражданские дела рассматриваются

и разрешаются судом до истечения двух месяцев со дня поступления заявления в суд, если иные сроки рассмотрения и разрешения дел не установлены настоящим Кодексом. Следует также учитывать, что судебное решение не вступает в законную силу мгновенно, в день его принятия. Процессуальным законодательством предусмотрены сроки на апелляционное обжалование. Общие сроки рассмотрения гражданских дел в судах общей юрисдикции неприменимы к ситуациям, когда лицо находится в состоянии, способном привести к летальному исходу.

Соблюдение таких процессуальных сроков не позволит осуществить реальную защиту прав ребенка, обеспечивающих его физическое и психическое благополучие.

Таким образом, медицинская организация фактически не имеет возможности реализовать свое право на защиту интересов пациента, находящегося в состоянии, опасном для жизни.

В частности, представляется необходимым дополнить гражданско-процессуальный кодекс РФ главой защиты интересов несовершеннолетних в рамках особого производства, поскольку данная категория дел не связана со спором о праве. Необходимо отметить, что рассмотрение и разрешение таких дел судом может осуществляться по общим правилам гражданского судопроизводства с учетом особенностей, связанных с совершенствованием механизма защиты прав несовершеннолетних лиц при отказе законных представителей от медицинского вмешательства.

Концепция предлагаемых изменений заключается во внесении в гражданско-процессуальный кодекс РФ отдельной главы "Защита интересов несовершеннолетнего лица, в случае отказа законного представителя от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни". В данной главе должно быть предусмотрено, что заявление о защите интересов несовершеннолетнего лица, может быть подано медицинской организацией в

случае отказа одного из родителей или иного законного представителя пациента от медицинского вмешательства в отношении представляемого. При этом медицинское вмешательство должно быть необходимо для спасения жизни пациента.

По общим правилам заявление может подаваться медицинской организацией по месту ее нахождения. К заявлению должно быть приложено мотивированное заключение врачебной комиссии медицинской организации, обосновывающее необходимость проведения медицинского вмешательства именно для спасения жизни пациента.

Представляется необходимым также предусмотреть, что в случаях, не терпящих отлагательств, медицинские работники вправе оказать медицинскую помощь в экстренной форме, произведя медицинские вмешательства, непосредственно направленные на устранение угрозы жизни пациента. В этом случае заявление в суд подается для подтверждения законности проведенного медицинского вмешательства и для получения согласия на проведение медицинских вмешательств, направленных на завершение лечения пациента.

Ключевым моментом является срок рассмотрения заявления медицинской организации в защиту интересов несовершеннолетнего либо недееспособного пациента. Очевидно, что заявление должно быть рассмотрено судом в течение пяти дней с момента поступления такого заявления в суд, а при наличии ходатайства медицинской организации - в день поступления заявления.

Гражданский процессуальный кодекс знает примеры такого же краткого срока рассмотрения дел. Так, федеральными законами могут устанавливаться сокращенные сроки рассмотрения и разрешения отдельных категорий гражданских дел (п. 3 ст. 154 ГПК РФ). Например, пятидневный срок установлен для рассмотрения дел о принудительной госпитализации

гражданина в психиатрический стационар (ч. 1 ст. 304 ГПК) и трехдневный - для принудительного психиатрического освидетельствования (ст. 306 ГПК).

При рассмотрении самого заявления целесообразным представляется участие прокурора и представителя органов опеки и попечителя. Информированность органов опеки о факте отказа от медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего или недееспособного позволит при необходимости применить меры ответственности к недобросовестным родителям или иным законным представителям, злоупотребляющим своими правами.

При рассмотрении заявления необходимо предусмотреть право лица, отказавшегося от медицинского вмешательства в отношении несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, присутствовать в судебном заседании. Вместе с тем отсутствие такого лица не должно служить основанием для отложения разбирательства дела.

По нашему мнению, суд, вынося решение об удовлетворении заявления, должен учитывать следующие моменты:

- 1) степень важности находящегося под риском нематериального блага (жизнь или здоровье);
- 2) состояние (в том числе диагноз) несовершеннолетнего пациента;
- 3) содержание волеизъявления другого родителя;
- 4) мнение самого несовершеннолетнего, способного принимать адекватные решения;
- 5) заключение консилиума врачей либо мнение привлеченного специалиста.

Рассмотрев по существу заявление о защите интересов несовершеннолетнего лица, судья может принять решение об удовлетворении или об отклонении такого заявления. Решение суда об удовлетворении заявления будет являться основанием для проведения медицинского вмешательства в отношении пациента. В случае если медицинским работником была оказана медицинская помощь в экстренной форме до подачи заявления, суд, удовлетворяя заявление, должен подтвердить законность проведенного медицинского вмешательства, непосредственно направленного на устранение угрозы жизни пациента, а также дать согласие на проведение медицинских вмешательств, направленных на завершение лечения пациента.

Значимым является также закрепление права суда обратиться к решению об удовлетворении заявления к немедленному исполнению. В любом случае решение суда должно быть изготовлено в полном объеме и оглашено в день судебного разбирательства.

Актуальность и необходимость дополнений и изменений представленных правовых норм, регулирующих одну из важнейших сфер человеческой жизни, не вызывает сомнений. Устранение рассмотренных пробелов правового регулирования позволит в полной мере защитить интересы несовершеннолетних граждан при оказании им медицинской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многоплановость современных форм оказания медицинской помощи несовершеннолетним делают тяжелым их детальную правовую регламентацию. Применение современных методов представляет собой область, в которой пересекаются такие науки, как этика и биология, философия и юриспруденция. Этим обуславливается сложность правового регулирования вопросов, связанных с условиями оказания медицинской помощи несовершеннолетним, которая получила отражение в многообразии подходов к этой проблеме. Обеспечение и защита прав и законных интересов ребенка, в первую очередь, гарантированных Конституцией Российской Федерации, представляет собой сегодня одну из актуальных государственно-правовых проблем. Как любому другому цивилизованному государству, России присуща традиционная озабоченность проблемой рождения и воспитания новых поколений ее граждан, здоровых нравственно и физически.

Можно сказать, что с правовой точки зрения вопрос оказания медицинской помощи несовершеннолетним в Российской Федерации характеризуется недостаточной проработанностью и отсутствием детальной регламентации. В действующем Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даны определения понятия «Права пациента».

В настоящее время сформирована достаточная нормативная база, как федеральная, так и региональная для организации и предоставления медицинской помощи несовершеннолетним.

Выделена отдельная нозологическая единица медицинской помощи несовершеннолетним – это паллиативная помощь, которая включена в процесс непрерывного оказания медицинских услуг пациентам паллиативного профиля на всех уровнях системы здравоохранения.

Для решения вопроса правоспособности и выделения еще не родившегося ребенка в субъект правоотношений, ввиду того, что жизнеспособный, но

еще не родившийся ребенок, не являясь частью организма матери, имеет право на защиту его здоровья, которое должно быть закреплено в российском законодательстве. Соответственно, он (неродившийся ребенок) может быть включен при определенных условиях (например, жизнеспособность плода в утробе матери даже в случае преждевременного рождения) в первую группу несовершеннолетних пациентов, включающих лиц в возрасте от 0 до 6 лет.

Так же хотелось бы отметить, учитывая, что необходимое оказание медицинской помощи, является по роду своей специфики, индивидуально направленным назначением и может быть напрямую связано с жизнью и здоровьем человека, реализация несовершеннолетними своих прав на получение медицинской помощи осуществляется с согласия родителей и иных законных представителей, за исключением случаев угрозы жизни и здоровью ребенка и необходимости незамедлительного оказания медицинской помощи.

Государством ведется необходимая информационно-пропагандистская работа по вопросам оказания медицинской помощи детскому населению, направленная на содействие достижению всеобщего охвата медицинским обслуживанием.

В последние годы принят ряд нормативных правовых актов, направленных на обеспечение доступности к обезболивающим лекарственным средствам, находящимся под контролем, с принятием мер по противодействию их незаконному распространению и злоупотреблению.

Так как предоставление медицинской помощи детям невозможно представить без соблюдения этических норм, в настоящее время ведется разработка нормативных правовых актов, посвященных этическим аспектам оказания медицинской помощи: обеспечение доступа ко всем видам помощи, предоставление услуг с должным уважением к пациенту и его семье, право выбора места врача и т.д.

Также в заключение хотелось бы отметить, что нарушения прав несовершеннолетних пациентов часто связаны с недостаточным уровнем правовой, деонтологической и психологической подготовки медицинских работников. Чтобы обеспечивать права несовершеннолетних пациентов в полной мере, требуются комплексные решения: внедрение эффективных организационных и медицинских технологий оказания помощи детям, осуществление ведомственного и внутреннего контроля за реализацией прав пациента.

Актуальность и необходимость дополнений и изменений представленных правовых норм, регулирующих одну из важнейших сфер человеческой жизни, не вызывает сомнений. Устранение рассмотренных пробелов правового регулирования позволит в полной мере защитить интересы несовершеннолетних граждан при оказании им медицинской помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. "Декларация прав ребенка" принята 20.11.1959 Резолюцией 1386 (XIV) на 841-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН // СИС <http://www.consultant.ru>
2. Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990)// СИС <http://www.consultant.ru>
3. "Конвенция о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине" (ETS N 164) (Заключена в г. Овьедо 04.04.1997) (с изм. от 27.11.2008) // СИС <http://www.consultant.ru>
4. Конвенция Совета Европы о защите детей от сексуальной эксплуатации и сексуальных злоупотреблений, ратифицирована Федеральным законом от 07.05.2013 № 76-ФЗ// Собрание законодательства РФ 13 мая 2013 г. № 19 - Ст. 2303
5. Конституция Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.) Конституция вступила в силу со дня ее официального опубликования. // «Российская газета» 25.12.1993г. № 237.
6. Гражданский кодекс РФ от 30.11.1994 г. N 51-ФЗ (ст. 150, 151). // СИС <http://www.consultant.ru>
7. "Семейный кодекс Российской Федерации" от 29.12.1995 N 223-ФЗ // опубликован на Официальном интернет-портале правовой информации <http://www.pravo.gov.ru> - 30.10.2017г.
8. Уголовный кодекс РФ от 13.06.1996 г. N 63-ФЗ (принят ГД ФС РФ 24.05.1996)
9. Федеральный закон от 24 июля 1998 г. N 124-ФЗ "Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации" (в ред. от 28.12.2016 N 465-ФЗ) // СИС//<http://www.consultant.ru/>

10. Федеральный закон от 24 июня 1999 года N 120-ФЗ "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних" СИС//<http://www.consultant.ru/>
11. Федеральный закон от 27.07.2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" (с изм. и доп.) СИС//<http://www.consultant.ru/>
12. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.04.2017) Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации // СИС <http://www.consultant.ru/>
13. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 года № 58 «Об утверждении САНПИН 2.1.3.2630-10 “Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность”»// СИС//www.consultant.ru
14. Постановление Правительства РФ от 19.12.2016 N 1403 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов" СИС//<http://www.consultant.ru/>
15. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1175н (ред. от 21.04.2016) "Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения// СИС// www.consultant.ru/
16. Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «анестезиология и реаниматология» (Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 года № 909н) // СИС//www.consultant.ru/.
17. Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «неонатология» (Приказ Минздрава России от 15 ноября 2012 года № 921н) // СИС//www.consultant.ru/.
18. Приказ Минздрава России от 14.04.2015 N 193н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям"// СИС www.consultant.ru/

19. Приказ Минздрава России от 14 апреля 2015 г. N 187н «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» // СИС//www.consultant.ru
20. Приказ Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области от 24 июля 2015 г. N 2030 «Об улучшении качества оказания медицинской помощи детям, находящимся в социально опасном положении и нуждающимся в социальной реабилитации».
21. Приказ Департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области № 3537 от 29 декабря 2015 года «Об организации паллиативной медицинской помощи детям» // СИС//www.consultant.ru/
22. Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями. М.: Практическая медицина, 2014- 208 с.
23. Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями. — М. : Практическая медицина, 2014, 208 с.
24. Аспекты паллиативной медицины. Учебное пособие. Биктимиров Т.З., Тихонова Л.М., Новиков Г.А., Шарафутдинов М.Г., Биктимирова К.Т., Тихонова Ю.В., Эккерт Н.В. - Ульяновск: Изд-во Ульяновского государственного университета, 2009, 150 с.
25. Борисов В. В. Гражданско-правовая категория правоспособности гражданина и особенности ее содержания в современном гражданском праве // Общество и право. 2010. № 2. С. 11.
26. Бялик, М. А. Место хосписов в системе паллиативной помощи США / М. А. Бялик // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2009. - № 4. - С. 53-57
27. Введенская С.В. Паллиативная помощь детям: определение, содержание, перспективы. Availableat: <http://www.edmarc.org/home.html>

28. Оценка и ведение болевого синдрома у детей: Краткий курс компьютерного обучения, включающий рекомендации ВОЗ 2012 года по обезболиванию. – М.: Р. Валент, 2014, 88-128 с.
29. Паллиативная помощь детям-комплексный подход. Организационная модель мобильной службы паллиативной помощи детям. – М.: Р.Валент, 2014, 128 с.
30. Захаров, Е. Н. Новая форма организации паллиативной помощи населению /Е. Н. Захаров, В. И. Сабанов, И. В. Островская // Медицинская сестра. - 2011.- № 6. - С. 11- 13.
31. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических пациентов. Методические рекомендации. Каприн А.Д., Абузарова Г.Р., Хороненко В.Э., Алексеева Г.С., Костин А.А. и др. // М., 2015, 48 с
32. Кубынин А.Н., Пчелинцев М.В., Звартау Э.Э. Опиоидные анальгетики: пути совершенствования терапии болевых синдромов // Русский медицинский журнал. – 2007. -Т. 15. - № 5. – С. 417-423. 38. Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли. – М.: Медицина, 2004. – 140 с.
33. Кукушкин М.Л., Табеева Т.Р., Подчуфарова Е.В. Болевой синдром: патофизиология, клиника, лечение / Под ред. Н.Н. Яхно. – М.: ИМАпресс, 2011. – 72 с.
34. Липтуга М.Е. Паллиативная помощь: Краткое руководство. - Архангельск, 2006. - 192 с.
35. Особенности хосписной и паллиативной медицины в педиатрии / Леветаун М., Фраждер Г. – Минск, 2008. – 90с
36. Малеина М. Н. О праве на жизнь / М. Н. Малеина // Государство и право. 1992. № 12. с.42-45
37. Михайлович В.А., Игнатов Ю.Д. Болевой синдром. – М.: Медицина, 1990. – 330 с. 36. Данилов А.Б., Давыдов О.С. Нейропатическая боль. – М.: Боргес, 2007. – С. 56-57.

38. Модников О.П., Шарафутдинов М.Г., Емельянцев Н.Е. и соавт. Введение в паллиативную медицину // Учебно-методическое пособие. - Ульяновск. - УлГУ. - 2004. - 48 с.
39. Протоколы послеоперационного обезбоживания: Методические рекомендации / Под ред. Э.В. Недашковского, Э.Э. Антипина, Д.Н. Уварова // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2011. – Т. 5. - № 1. – С. 35-44.
40. Контроль симптомов в паллиативной медицине / Под ред. проф. Г.А.Новикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 248 стр.
41. Краткое клиническое руководство по паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе. Под ред. Г.А.Новикова. – Открытый институт здоровья, М., 2006 – 116 С.
42. Новиков Г. А. Стандарты паллиативной помощи: обзор европейских рекомендаций / Г. А. Новиков, В. В. Самойленко, С. В. Рудой, М. А. Вайсман // Паллиативная помощь и реабилитация. - 2010. - № 4. - С. 6-10.
43. Никода В.В., Осипова Н.А. Неопиоидные анальгетики // Анестезиология: Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – с. 371-383.
44. Новиков Г.А., Осипова Н.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Прохоров Б.М. Пролонгированное обезбоживание при распространенных формах злокачественных новообразований: Пособие для врачей. – М.:МНИОИ им. П.А. Герцена, 2004. – 29 с.
45. Гнездилов А.В., Иванюшкин А.Я., Миллионщикова В.В. Дом для жизни. Человек, 1994, 5: 116–121.
46. Гнездилов А.В. Об особенностях психического состояния больных, выписанных из онкологической клиники. В кн.: Проблемы профилактики нервных и психических расстройств. Л., 1976: С. 74–76.
47. См.: Грудцына Л.Ю. Словарь-справочник по семейному праву России. М.: Эксмо, 2006. С. 200.
48. Гражданское право. Правоспособность граждан. Медицинское право, Ч. 2. 2012/

49. Усенко, О. И. О необходимости стратегии развития паллиативной помощи в России /О.И.Усенко // Медицинская сестра. - 2011. - № 6. - С. 3-10.
50. Осипова Н.А., Абузарова Г.Р. Нейропатическая боль в онкологии. – М., - 2006. – 22 с.
51. Осипова Н.А., Абузарова Г.Р. Барьеры для опиоидной терапии в практике врача // Боль. – 2007. – Т. 1. - № 14. – С. 40-43.
52. Осипова Н.А., Абузарова Г.Р., Петрова В.В. Принципы применения анальгетических средств при острой и хронической боли: Клинические рекомендации. – 2011. – 71 с.
53. Палехов А.В., Абузарова Г.Р., Осипова Н.А. Проблема организации адекватной опиоидной терапии болевых синдромов // Боль. – 2009. – Т. 22. - № 1. – С. 26-29.
54. (Гиппократ. Избранные книги: Пер. В.И.Руднева. М., 1994. С. 87-88).
55. Степаненко С.М., Попова Т.Г., Жиркова Ю.В. и др. Интенсивная терапия и реанимация в детской хирургии и педиатрии.: Учебно-методическое пособие / Под ред. Гераськина А.В., Кобзевой Т.Н. - 2012. 51. Штрибель Х.В. Терапия хронической боли: Практическое руководство / Пер. с нем.; под ред. Н.А. Осиповой, А.Б. Данилова, В.В. Осиповой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. –
56. Сидоров П., Новикова И. Профилактика синдрома профессионального выгорания в медицинской среде // Медицинская газета. - 2006. - № 15. - С. 8-9.
57. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. - 2-ое изд. - М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. - 240 с.
58. Хрусталева Ю.М., Эккерт Н.В. Философско-медицинские аспекты паллиативной помощи и проблемы эвтаназии // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2007. - № 6. - С. 28-36.

59. Хетагурова, А. К. История и современные проблемы паллиативной помощи в России и за рубежом / А. К. Хетагурова // Сестринское дело. - 2010. - № 7. - с. 3-7.
60. Эккерт Н. В. Хоспис на дому - оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи / Н. В. Эккерт, Е. А. Игнатенко, С. А. Рудакова, Н. А. Баскакова // Экономика здравоохранения. - 2009. - № 7. - С. 15-20.
61. Эккерт Н.В. Паллиативная помощь // Организация и оценка качества лечебно- профилактической помощи населению // Учебное пособие. - Москва, 2008. - с. 357- 380.
62. Боль: Руководство для врачей и студентов / Под ред. Н.Н. Яхно. – М.: МЕДпресс, 2009. – 302 с. 34. Кукушкин М.Л. Патофизиологические механизмы болевых синдромов // Боль, 2003. - № 1. – С. 5-16.
63. Невропатическая боль: Клинические наблюдения / Под ред. Н.Н. Яхно, В.В. Алексеева, Е.В. Подчуфаровой, М.Л. Кукушкина. – М., 2009. – 263 с.
64. Паллиативная помощь и уход при ВИЧ/СПИД / материалы семинара РОО «СПИД инфосвязь» по программе «Паллиативная помощь и уход при ВИЧ/СПИД», проект ГЛОБУС, 2006
65. Паллиативная помощь ВОЗЕвропа. - Женева: ВОЗ, 2009. - 32 с.
66. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/88085/RC55_rres06.pdf