

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

- Анализ федерального и регионального законодательства
- Правоприменительная практика по защите прав и интересов граждан РФ
- Зарубежный опыт
- **Предложения по совершенствованию законодательства**

Коллектив авторов

**Совершенствование
законодательства об
охране здоровья граждан
в Российской Федерации**

«Деловой двор»

2017

УДК 67.400.321
ББК 342.72

Коллектив авторов

Совершенствование законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации / Коллектив авторов — «Деловой двор», 2017

ISBN 978-5-91550-185-9

Издание посвящено актуальным вопросам совершенствования российского законодательства об охране здоровья. Раскрыты доктринальные подходы к решению проблем в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, рассмотрены организационно-правовые основы оказания медицинской помощи, лекарственного обеспечения, санаторно-курортного обслуживания и другие. Проанализированы нормы федерального и регионального законодательства, материалы правоприменительной практики по защите прав и законных интересов граждан РФ. Исследование содержит конкретные предложения по изменению законодательства. Адресовано научным работникам, преподавателям, аспирантам и студентам юридических вузов, практикующим юристам и всем, кто интересуется вопросами медицинского права.

УДК 67.400.321
ББК 342.72

ISBN 978-5-91550-185-9

© Коллектив авторов, 2017
© Деловой двор, 2017

Содержание

Введение	6
Глава 1	10
1.1. Проблемы здоровья, его охраны и гарантированности со стороны государства в научной литературе	10
1.2. Доктринальные подходы к решению проблем в системе обязательного и добровольного медицинского страхования	24
Конец ознакомительного фрагмента.	28

Совершенствование законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации: монография Под редакцией Оксаны Петюковой

Монография подготовлена по результатам исследований, выполненных по Государственному заданию Финансового университета

Рецензенты:

Путило Н.В., к.ю.н., заведующая отделом социального законодательства Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве Российской Федерации;

Белов В.Е., к.ю.н., доцент, доцент кафедры гражданского права Московского государственного юридического университета (МГЮА) им. О.Е. Кутафина.

Авторский коллектив:

Баранов В.А., декан Юридического факультета, доцент Департамента правового регулирования экономической деятельности Финансового университета при Правительстве РФ, к-т юрид. наук, доцент, Заслуженный юрист Российской Федерации (глава 4, заключение);

Буянова А.В., доцент Департамента правового регулирования экономической деятельности Финансового университета при Правительстве РФ, к-т юрид. наук (раздел 2.1 главы 2);

Бученков Г.А., магистрант Юридического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова (разделы 5.2, 5.4 главы 5);

Воронов А.М., заместитель директора Института проблем эффективного государства и гражданского общества Финансового университета при Правительстве РФ, д-р юрид. наук, профессор (раздел 2.2 главы 2);

Мохов А.А., профессор кафедры «Предпринимательское и корпоративное право» Московского государственного юридического университета (МГЮА) им. О.Е. Кутафина, д-р юрид. наук, профессор (глава 3, приложение);

Петюкова О.Н., заместитель декана по научной работе и международному сотрудничеству Юридического факультета, профессор Департамента правового регулирования экономической деятельности Финансового университета при Правительстве РФ, д-р юрид. наук, доцент (введение, глава 6);

Попова А.В., профессор Департамента правового регулирования экономической деятельности Финансового университета при Правительстве РФ, д-р юрид. наук, доцент (раздел 1.1 главы 1);

Райлян А.И., доцент Департамента правового регулирования экономической деятельности Финансового университета при Правительстве РФ, к-т юрид. наук, доцент (разделы 5.1, 5.3 главы 5);

Тютюнник И.Г., научный сотрудник Института промышленной политики и институционального анализа Финансового университета при Правительстве РФ (раздел 2.3 главы 2);

Шииш Е.О., студентка группы Ю4-3 Юридического факультета Финансового университета при Правительстве РФ (раздел 1.2 главы 1).

Руководитель авторского коллектива – Петюкова О.Н.

Введение

Здоровье граждан – это важнейшая ценность как для отдельного человека, так и для государства. Для граждан Российской Федерации за последнее время существенно возросла значимость права на бесплатную медицинскую помощь.

Безусловно, положительными результатами государственной политики в сфере здравоохранения стал рост продолжительности жизни. За десятилетие она увеличилась более чем на 5 лет и в 2015 г. превысила 71 год. Были существенно увеличены объемы высокотехнологичной медицинской помощи. Если в 2005 г. в России делали 60 тыс. высокотехнологичных операций, то в 2014-м – 715 тысяч¹. Закуплено значительное количество современных реанимобилей и другой техники, обязанности по обновлению и ремонту которой переходят субъектам Российской Федерации.

С 1 января 2018 г. вступает в силу так называемый Закон о телемедицине², предусматривающий возможность оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Согласно этому закону, под таковыми понимаются информационные технологии, которые обеспечивают дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

Предусмотрена возможность выдачи электронных рецептов на лекарственные препараты, в том числе на препараты, содержащие наркотические средства или психотропные вещества, с 1 января 2019 г.

Также будет усовершенствован порядок информационного обеспечения в сфере здравоохранения путем создания, развития и эксплуатации федеральных и региональных государственных информационных систем в сфере здравоохранения, а также информационных систем Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, информационных систем медицинских и фармацевтических организаций. Предполагается, что единая государственная информационная система в сфере здравоохранения позволит обеспечить повышение эффективности управления в сфере здравоохранения, качества оказания медицинской помощи, информированности населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи.

Вместе с тем проблем, которые предстоит решить, очень много. Анализ демографических и социологических показателей в Российской Федерации свидетельствует о неблагоприятном состоянии здоровья населения страны, основной причиной которого может являться ограничение доступности и снижение качества медицинской помощи. В частности, на 1 января 2015 г. численность постоянного населения составила 146,4 млн человек. По итогам 2014 и первого полугодия 2015 г. впервые за последние годы отмечено негативное колебание показателей смертности. В структуре причин смертности 1-е место занимают болезни системы кровообращения – 49,9 %, или 653,7 на 100 тыс. населения, на 2-м месте – новообразования – 15,4 %, или 201,1 на 100 тыс. населения, на 3-м – внешние причины – 9,1 %, или 118,8 на 100 тыс. человек, в том числе дорожно-транспортные происшествия.

При этом значительная доля в общей смертности приходится на лиц трудоспособного возраста (в 2014 г. количество умерших трудоспособного возраста составило 183 459 человек, в 2015–231 867).

¹ Послание Президента РФ Федеральному Собранию от 03.12.2015.

² Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».

Проверки, проведенные в субъектах Российской Федерации и в медицинских организациях, свидетельствуют о ненадлежащем использовании и простоях медицинского оборудования, закупленного в ходе реализации региональных программ модернизации здравоохранения и программ модернизации федеральных государственных учреждений здравоохранения.

Счетной палатой РФ отмечается, что Минздравом России и Фондом обязательного медицинского страхования не были приняты исчерпывающие меры по реализации полномочий по контролю за реализацией субъектами Российской Федерации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения, установленных ч. 15 ст. 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон об ОМС), в части укрепления материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения³.

Вместе с тем, как следует из Доклада Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации Э. Панфиловой за 2015 год, в настоящее время наблюдается неэффективность государственного надзора за качеством предоставления медицинских услуг, лекарств.

Проблемы системы здравоохранения носят комплексный характер. Необходима современная, более эффективная система оказания помощи пострадавшим в дорожно-транспортном происшествии; своевременность начала оказания медицинской помощи; наличие медицинских пунктов (больниц), расположенных вдоль автотрасс.

Наиболее эффективная медицинская помощь, как показывает зарубежная практика, оказывается в течение первых 30 минут после получения травмы. В России из-за позднего прибытия скорой помощи почти 60 % погибших в дорожно-транспортных происшествиях умирают еще до поступления в больницу⁴. Однако система выездных врачебных бригад действует далеко не во всех субъектах Российской Федерации, а развитие мобильных санитарных бригад ограничено из-за высокой стоимости транспортных расходов. Кроме этого, в регионах с высоким уровнем смертности отмечается тенденция к резкому увеличению численности населения на одну больничную койку с одновременным увеличением нагрузки на одного врача.

Технические средства реабилитации (далее – ТСР) играют важную роль в жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья. От них зависит качество жизни этих людей, возможность вести самостоятельный и независимый образ жизни, быть вовлеченными в социум. По-прежнему продолжают поступать жалобы от лиц, имеющих инвалидность, на длительность ожидания получения того или иного технического средства реабилитации, ненадлежащее качество этих средств или неудобство в пользовании ими. В настоящее время закупки у поставщиков ТСР осуществляются на региональном уровне посредством соответствующих конкурсных процедур, цель которых заключается, как правило, в том чтобы купить наибольшее количество ТСР за меньшие деньги. Это не способствует обеспечению инвалидов качественными и надежными техническими средствами реабилитации.

Специализированная медицинская помощь больным с психическими расстройствами на территории РФ оказывается в 220 психиатрических больницах, 75 стационарах психоневрологических диспансерах, а также в психиатрических отделениях, являющихся структурными подразделениями больниц общего профиля, в первую очередь – центральных районных больниц (имеется более 7 тыс. коек). Около 170 тыс. лиц с психическими расстройствами находятся в 665 стационарных учреждениях социального обслуживания⁵.

³ Представление Счетной палаты РФ от 15.04.2014 № ПР 12–74/12-03 «О результатах контрольного мероприятия «Аудит эффективности использования средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, направленных в 2011–2013 годах на реализацию программ и мероприятий по модернизации здравоохранения (параллельно с контрольно-счетной палатой Ярославской области, Счетной палатой Ямало-Ненецкого автономного округа по согласованию).

⁴ Российская газета, 24 марта 2016.

⁵ Российская газета, 24 марта 2016.

Отсутствие до настоящего времени института защиты прав пациентов не позволяет в должной мере осуществлять контроль за соблюдением законодательства в сфере оказания психиатрической помощи и ограничивает граждан, страдающих психическими расстройствами, в эффективной реализации своих прав.

В рамках оптимизации системы здравоохранения сокращение коечного фонда, закрытие сельских больниц и перевод для получения медицинской помощи в межрайонные и областные больницы привели к ограничению доступности медицинской помощи для граждан, которые проживают в отдаленных районах и сельской местности. Согласно отчету Счетной палаты, 17,5 тыс. населенных пунктов с численностью менее 1,5 тыс. жителей не имеют подразделений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Только за 2014 год в рамках оптимизации было сокращено 659 фельдшерско-акушерских пунктов.

Более 11,5 тыс. населенных пунктов расположены на расстоянии более 20 км от ближайшей медицинской организации, а в 20 субъектах Российской Федерации отсутствуют мобильные врачебные бригады, оказывающие медицинскую помощь сельским жителям. При этом в 35 % сельских населенных пунктов существуют проблемы с общественным транспортом.

Многие учреждения здравоохранения в сельских населенных пунктах нуждаются в серьезном обновлении материально-технической базы и медицинского оборудования. По-прежнему отсутствуют условия по предоставлению гражданам своевременных и качественных медицинских услуг. При этом до настоящего времени не действует система независимого квалифицированного контроля за качеством оказания медицинской помощи, в том числе в первичном звене.

Рядом субъектов Российской Федерации реализация мероприятий по укреплению материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (за исключением мероприятий по строительству перинатальных центров) не завершена в сроки, установленные ч. 1 ст. 50 Закона об ОМС (2011–2013 г.), п. 2 раздела I Протокола заседания Правительства РФ от 25 января 2013 г. № 2 (до 1 июля 2013 г.). По данным отчетов субъектов РФ, представленных Минздравом России, не завершено строительство 9 медицинских организаций (из 110 запланированных), капитальный ремонт не проведен в 95 медицинских организациях (из 3734 запланированных), не закуплено и не поставлено 4088 единиц медицинского оборудования. Наименьший процент исполнения запланированных мероприятий по укреплению материально-технической базы медицинских организаций выявлен по г. Москве, г. Санкт-Петербургу, Кабардино-Балкарской Республике, Республике Коми, Тверской, Саратовской, Московской и Челябинской областям. Так, в Представлении Счетной палаты РФ от 15.04.2014 № ПР 12–74/12-03, действующее законодательство не предусматривает использование остатков средств субсидий Фонда ОМС на те же цели в 2014 году, что делает невозможным оплату за счет указанных средств заключенных в субъектах Российской Федерации государственных контрактов⁶.

Необходимость решения многих проблем в сфере охраны здоровья обозначена в нормативных правовых актах. Говоря о стратегических документах в области здравоохранения, следует отметить, что во исполнение Указа Президента РФ от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» была утверждена Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года⁷, а также Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года

⁶ Представление Счетной палаты РФ от 15.04.2014 № ПР 12–74/12-03 «О результатах контрольного мероприятия «Аудит эффективности использования средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, направленных в 2011–2013 годах на реализацию программ и мероприятий по модернизации здравоохранения (параллельно с контрольно-счетной палатой Ярославской области, Счетной палатой Ямало-Ненецкого автономного округа по согласованию).

⁷ Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 № 2580-р «Об утверждении Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года».

и план ее реализации⁸, Основы государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года⁹, Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года¹⁰.

24 декабря 2014 г. на сайте Министерства здравоохранения РФ была опубликована Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015–2030 г.¹¹ Однако этот нормативный документ до сих пор так и не принят.

Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 утверждена государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»¹², которая включает в себя одиннадцать подпрограмм. В их числе такие, как «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи», «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» и другие.

Реализация программы «Развитие здравоохранения» рассчитана на 2013–2020 г. Ее целью является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. При этом к основным целевым индикаторам и показателям данной программы, характеризующим состояние здравоохранения, относятся уровень смертности, потребления алкоголя и табака, количество зарегистрированных больных с диагнозом «активный туберкулез». Кроме этого, при реализации программы учитывается степень обеспеченности врачами, ожидаемая продолжительность жизни, которая в перспективе должна составить 74,3 года, и некоторые другие показатели.

Несмотря на то что обеспечение доступности медицинской помощи достигается прежде всего путем реализации основных принципов обязательного медицинского страхования, они не получили необходимого отражения в государственной программе «Развитие здравоохранения».

⁸ Приказ Минздрава России от 13.02.2013 № 66 (ред. от 07.04.2016) «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации».

⁹ Распоряжение Правительства РФ от 25.10.2010 № 1873-р «Об основах государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года».

¹⁰ Распоряжение Правительства РФ от 07.08.2009 № 1101-р «Об утверждении Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года».

¹¹ <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravooohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period> (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

¹² Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Глава 1

Доктринальные подходы к выявлению и решению основных правовых проблем в системе здравоохранения в Российской Федерации

1.1. Проблемы здоровья, его охраны и гарантированности со стороны государства в научной литературе

Общественные отношения в сфере здравоохранения, оказания медицинской помощи существуют практически с того времени, как существует государство. Отдельные нормы права, регулирующие взаимоотношения врача и пациента можно найти в законах Хаммурапи, законах Ману, Русской Правде, Судебнике 1497 г., указах Петра I, законодательстве XIX–XX вв. и иных правовых актах.

Современное состояние здравоохранения и его правовая регламентация в XXI в. не являются идеальными с точки зрения новых явлений в этой сфере – биомедицинского права, проблем, связанных с осуществлением, так называемых соматических прав, получивших закрепление в законодательстве России последних лет. Все это свидетельствует о насущной необходимости обратиться к доктринальным постулатам, легшим в основу, как уже созданных нормативно-правовых актов, так и тех, которые могут служить ориентирами для дальнейшего совершенствования права на охрану здоровья и медицинскую помощь в России в современную эпоху государственно-правового развития.

Право на охрану здоровья, исходя из российской доктрины, представляет собой комплексный институт, включающий правовые нормы, закрепляющие правила подготовки медицинских кадров, институты организационных, санитарно-эпидемиологических, экономических, социальных, научно-медицинских и профилактических мер в интересах населения страны. Само право на охрану здоровья может быть представлено как социальное обязательство государства по отношению к своим гражданам и лицам, находящимся на его территории. Поэтому государство в лице государственных и муниципальных органов при содействии и взаимодействии с различного рода общественными организациями создают национальную систему здравоохранения, в которой наряду с государственными мерами, обеспечивающими охрану здоровья народонаселения, предусмотрены меры по созданию условий для реализации защиты собственного здоровья со стороны народонаселения страны.

В соответствии со ст. 25 Всеобщей декларации прав человека от 10 декабря 1948 г.¹³ и ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах от 19 декабря 1966 г.¹⁴ в ст. 41 Конституции Российской Федерации 1993 г. право на охрану здоровья и медицинскую помощь получило свое правовое закрепление. Е.И. Рашупкина, анализируя международные акты в сфере охраны здоровья, отмечает, что «развитие международных отношений явно свидетельствует о том, что внутригосударственные отношения в области прав человека на охрану здоровья стали непосредственным объектом международно-право-

¹³ Всеобщая декларация прав и свобод человека и гражданина / Принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10 декабря 1948 года // URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr (Дата обращения: 07.06.2017 г.)

¹⁴ Международный пакт по экономическим, социальным и культурным правам / Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 года // URL: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

вого регулирования. Международное законодательство по правам человека ссылается на «наивысший достижимый уровень состояния здоровья», как объект гарантированного права на охрану здоровья»¹⁵.

Для доктринальной оценки права на охрану здоровья, в первую очередь, необходимо понимать, как определена категория «здоровье». Существуют различные толкования данного понятия. Гиппократ при определении состояния здоровья пациента уделял особое внимание его образу жизни. Для сохранения здоровья, по его мнению, необходимо было следовать в течение всей жизни следующим правилам: «умеренность в еде и половой жизни, ежедневные физические упражнения, ежедневные умственные нагрузки, воздержание от употребления алкоголя и наркотицизирующих веществ, веселые ежедневные танцы»¹⁶. В западноевропейской традиции, начиная еще с Аристотеля, здоровье трактовалось как «возможность пользоваться им без всякой боли (болезни)»¹⁷, то есть акцент делался на физическое состояние тела человека, в то время, как в восточной традиции, в соответствии с Аюрведой, основополагающим считается реальное состояние здоровья человека, имеющего отношения не только к физическому здоровью тела, а к состоянию души и ума»¹⁸. По мнению Е.В. Воронцовой, «содержание понятия «здоровье» у древнегреческого мыслителя наиболее близко к так называемому «негативному» (узкому) определению здоровья, а содержательные характеристики здоровья, приводимые в древнеиндийском трактате, ... напоминают современные «широкие» определения здоровья»¹⁹.

В научной среде существует мнение о невозможности точного определения понятия в силу того, что оно является комплексным по своей сути, а в силу этого имеет специфические особенности, зависящие от точки зрения, целей и идей исследователя. Так, существует множество определений категории здоровья, сводящихся в абсолютном своем большинстве к медицинскому определенному состоянию или свойству организма человека, «при котором правильно функционируют все его органы»²⁰.

Классификацию большинству определений категории «здоровье» дал П.И. Калью, который выделил следующие группы таких формулировок: 1) нормальная функция организма на всех уровнях его организации, нормальное течение физических и биохимических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству; 2) динамическое равновесие организма и его функций и факторов окружающей среды; 3) способность к полноценному выполнению основных функций, участие в социальной деятельности и общественно полезном труде; 4) способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде, поддерживать постоянство внутренней среды организма, обеспечивая нормальную и разностороннюю жизнедеятельность; 5) отсутствие болезни, болезненных состояний, либо болезненных изменений; 6) полное физическое и духовное, умственное

¹⁵ Рашупкина Е.И. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь: конституционно-правовой аспект: автореферат дис. ... канд. юрид. наук / Рашупкина Екатерина Ивановна – Челябинск, 2012. – С. 14.

¹⁶ Цыгунуова Е.Т. Сущность понятия «здоровье» в контексте культурологического подхода // Вестник Бурятского государственного университета. – 2009. – № 14. – С. 310.

¹⁷ Цит. по Беляков А.В. Международно-правовые аспекты: право на здоровье как одно из основных прав человека. // Социальное и пенсионное право. – 2009. – № 3. – С. 39.

¹⁸ Цит. по Беляков А.В. Международно-правовые аспекты: право на здоровье как одно из основных прав человека. // Социальное и пенсионное право. – 2009. – № 3. – С. 39.

¹⁹ Воронцова Е.В. Конституционное право на охрану здоровья и его реализация в сфере государственного контроля за качеством товаров и услуг: дисс. ... канд. юрид. наук: 12.00.02 / Елена Владимировна Воронцова – Елец, 2014. – С. 17. (220 с.); Воронцова Е.В. Содержание понятия «охрана здоровья» в доктринальных и нормативных источниках // Известия Юго-западного государственного университета. – 2012. – № 5 (44) – Часть 1. – С. 33–40.

²⁰ Ефремова Т.Е. Новый словарь русского языка. – М.: Дрофа, 2000. – 1233 с.

и социальное благополучие, гармоническое развитие физических и духовных сил организма, принцип его единства, саморегуляции и гармонического взаимодействия всех органов²¹.

В зарубежной научной литературе закрепились точка зрения А. Кэмпбелл, определяющего здоровье как определенную степень автономности, когда человек адаптирован к постоянно меняющимся условиям жизни и умеет самостоятельно справляться со страхом страдания и смерти²², а также Г. Сигериста, по мнению которого «здоровым может считаться человек, который отличается гармоничным физическим и умственным развитием и хорошо адаптирован к окружающей его физической и социальной среде. Он полностью реализует свои физические и умственные способности, может приспосабливаться к изменениям в окружающей среде, если они не выходят за пределы нормы, и вносит посильный вклад в благополучие общества, соразмерный с его способностями. Здоровье поэтому не означает просто отсутствие болезней: это нечто положительное, жизнерадостное и охотное выполнение обязанностей, которые жизнь возлагает на человека»²³.

Е.В. Воронцова, разделяя такую научную точку зрения, отмечает, что важна социальная составляющая здоровья, а не только медико-биологическая. Только в этом случае общество и государство обратит внимание на социально-экономическое состояние и сможет принять адекватные меры, направленные на охрану здоровья человека²⁴. В пункте 16 ст. 2 Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) содержится следующее определение: «здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов»²⁵.

Разделяя мнение исследователей, акцентирующих внимание на такой категории, как «социальное благополучие»²⁶, автор отмечает наличие в международных правовых документах понятий «здоровье населения», «здоровье нации», «общественное здоровье»²⁷, под которым понимается «характеристика состояния здоровья членов социальной общности, измеряемая комплексом социально-демографических показателей: рождаемостью, смертностью, средней продолжительностью жизни, заболеваемостью, уровнем физического развития»²⁸, что доказывает перенос акцента с индивидуального на общественное здоровье, при невозможности их абсолютного разделения с научной точки зрения. Т.Ю. Холодова отмечает, что главным фактором государственной безопасности является состояние здоровья личности на определенном этапе общественного развития, представляющее собой здоровье нации²⁹. Ю.Д. Сергеев и А.А. Мохов разделяют такое мнение³⁰.

²¹ Калью П.И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация. / П.И. Калью — М.: Наука, 1988. — С. 33–35. (247 с.)

²² Бриджит Т. Право на здоровье. Теория и практика. — М.: Устойчивый мир, 2001. — С. 257 (370 с.).

²³ Цит. по Воронцова Е.В. Конституционное право на охрану здоровья и его реализация в сфере государственного контроля за качеством товаров и услуг. — С. 10.

²⁴ Там же. — С. 19.

²⁵ World health organization, w.h.o. constitution, in basic documents of the world health organization (37th ed. 1992); see also un doc. a/conf. 32/8.

²⁶ О содержательном наполнении этой категории см., например: Социальная защита семьи: совершенствование механизма правового регулирования / В.А. Баранов, А.В. Буянова, Н.С. Волкова и др.; под ред. О.Н. Петюковой. М.: Деловой двор, 2015.

²⁷ Ст. 8 Конвенции о защите прав человека и основных свобод. (Заклучена в г. Риме 04.11.1950) (с изм. от 13.05.2004) (вместе с «Протоколом [№ 1]» (Подписан в г. Париже 20.03.1952), «Протоколом № 4 об обеспечении некоторых прав и свобод помимо тех, которые уже включены в Конвенцию и первый Протокол к ней» (Подписан в г. Страсбурге 16.09.1963), «Протоколом № 7» (Подписан в г. Страсбурге 22.11.1984)) // Собр. законодательства Рос. Федерации. — 2001. — № 2. — Ст. 163; Всемирный доклад о состоянии здоровья. 2002. ВОЗ // http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42510/3/WHR_2002_rus.pdf. (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

²⁸ Всемирный доклад о состоянии здоровья. ВОЗ 2003. // URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42510/3/WHR_2003_rus.pdf (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

²⁹ Холодова Т.Ю. Конституционно-правовое обеспечение прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации: дисс. ... канд. юрид. наук: 12.00.02 / Холодова Татьяна Юрьевна. — М., 2006. — С. 21. (155 с.)

³⁰ Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента: гражданско-пра-

Исходя из международно-правовой трактовки нормативного содержания категории «здоровье», ст. 2 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»³¹ (далее – Закон об основах охраны здоровья) определяет здоровье как «состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма».

Данное определение получило неоднозначную оценку среди исследователей. Так, одни ученые полагают, что подобное толкование этой категории входит в противоречие с содержанием понятия «изменения состояния организма», определяющегося в п. 17 ст. 2 Устава Всемирной организации здравоохранения как «возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи». Е.И. Ращупкина пишет, что «по степени и времени воздействия на человека любых, даже незначительных факторов, можно признать его нездоровым и нуждающимся в оказании медицинской помощи, тем не менее в ряде случаев, даже при наличии некоторых состояний организма, медицинскими документами мы признаем человека «практически здоровым» (например, при стойкой ремиссии хронического заболевания, в ситуации, когда это не является основанием, исключающим допуск к отдельным видам деятельности или некоторые виды дисбактериозов). Таким образом, создается основа для вариабельности действий самой системы здравоохранения в зависимости от изменений воззрений на здоровье граждан, а сам документ утрачивает системный характер»³².

Развивая данный тезис, А.А. Понкина отмечает, что отказ российского законодателя от применения в недавно принятом Законе об основах охраны здоровья таких понятий, как «врачебная ошибка», «дефект медицинской помощи», «халатность при оказании медицинской помощи» (эти понятия не закреплены и в других законодательных актах) влечёт недостаточную эффективность правовых механизмов предотвращения причинения вреда жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, а также механизмов, обеспечивающих возмещение причиненного вреда. Такая позиция отечественного законодателя представляет собой уход от решения комплекса серьезных социальных и правовых проблем негативных последствий для граждан, общества и государства от дефектов медицинской помощи, в том числе от врачебных ошибок³³.

Другие исследователи, наоборот, полагают определение права на охрану здоровья, содержащееся в Законе об основах охраны здоровья граждан наиболее удачным. Е.В. Воронцова приводит в обоснование этого тезиса следующие доводы: 1) оно является нормативным, что исключает различные его толкования и проблемы при применении; 2) в определении перечислены все содержательные составляющие определяемого понятия; 3) охрана здоровья представлена в виде «системы», соотносящейся с определенным уровнем государственно-правового развития; 4) перечислены обязанные субъекты реализации права на охрану здоровья (органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, общественные организации, должностные лица и отдельные граждане); 5) определены цели мероприятий, составляющих содержание категории «охрана здоровья», и трактуемые как профилактические мероприятия по предотвращению заболеваний, сохранение и укрепление физического и психического здо-

вовые аспекты. / Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 351 с.

³¹ Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. – 2011. – 23 ноября.

³² Ращупкина Е.И. К вопросу о некоторых дефинициях Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» / Е.И. Ращупкина // Сибирский юридический вестник. – 2012. – № 1 (56). – С. 42.

³³ Понкина А.А. Право на безопасную медицинскую помощь: конституционно-правовой аспект / А.А. Понкина // Право и современные государства. – 2012. – № 6. – С. 31–37.

ровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи³⁴.

Исходя из приведенного анализа доктринальных положений, следует признать, что, как бы нам не хотелось, создать единое правовое определение «здоровье» не представляется возможным в силу различного регулирования этого понятия в сферах частного и публичного права, как на международном уровне, так и на национальном (внутригосударственном).

Такие же сложности возникают с правовой категорией «право на охрану здоровья». В юридической литературе нет единства среди исследователей по вопросу о правомерности ее использования при определении правовой сущности неотъемлемого права человека на собственное и общественное здоровье.

В международных актах в исследуемой области отсутствует подобный термин, в этих актах присутствует категория «право на здоровье», как универсальное понятие. Отсюда следует вывод о производности используемого в России понятия «право на охрану здоровья» как одной из составляющих «права на здоровье». Кроме того, в научной литературе принято использовать и такие схожие по звучанию, но не по смыслу юридической доктрины понятия, как «защита здоровья», «укрепление здоровья», «обеспечение основных предпосылок здоровья».

В научной среде получило распространение мнение, что формулировки действующего российского законодательства и используемая в них терминология не соответствуют ведущим международно-правовым положениям, касающимся здоровья, а также не отражают реального современного содержания основного права человека в области здоровья³⁵.

Ш.Р. Долаев отмечает, что для зарубежной правовой доктрины характерно включение в содержание «право на охрану здоровья» оказание медицинской помощи не только медицинским персоналом, но и не имеющими профессионального медицинского образования субъектами права, а также профилактические меры, любые формы патронажа, оказание услуг в хосписах, администрирование и финансирование соответствующих институтов и т. д.³⁶

Право на охрану здоровья представляет собой систему различного рода мероприятий, целью которых является обеспечение индивидуального и общественного здоровья, не ограничиваясь только оказанием медицинской помощи со стороны государственных и муниципальных учреждений³⁷. Так, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), выделяя три уровня охраны здоровья. При этом она обращает внимание на то, что только второй и третий уровни представляют собой профессиональную медицинскую помощь, основанную на применении высоких технологий. В то же время первый уровень включает, в том числе и помощь матерям и детям, предотвращение и контроль эндемических заболеваний, основных инфекционных заболеваний, которые предполагают целый ряд социально-экономических мер со стороны государ-

³⁴ Воронцова Е.В. Конституционное право на охрану здоровья и его реализация в сфере государственного контроля за качеством товаров и услуг. – С. 42–43.

³⁵ Воронцова Е.В. Конституционное право на охрану здоровья. – С. 32. См. подробнее: Беляков А.В. Опыт Европейского Союза в области регулирования здравоохранения: монография. / А.В. Беляков – М.: Юстицинформ, 2015. – 131 с.; Беляков А.В. Международно-правовые проблемы обеспечения здравоохранения: дисс. ... канд. юрид. наук: 12.00.10 / Беляков Антон Владимирович – М., 2009. – 182 с.; Шленева Е.В. Конституционное право на охрану здоровья в Российской Федерации: дисс. ... канд. юрид. наук.: 12.00.02 / Шленева Елена Викторовна – М., 2004. – 186 с.; Борисова-Жарова В.Г. Международно-правовые основы обеспечения права человека на здоровье: дисс. ... канд. юрид. наук: 12.00.10 / Борисова-Жарова Виктория Геннадиевна. – М., 2008. – 175 с., Понкина А.А. Право на безопасную медицинскую помощь: дисс. ... канд. юрид. наук: 12.00.02 / Понкина Александра Александровна – М., 2013. – 211 с. и др.

³⁶ См. подробнее: Долаев Ш.Р. Прогресс в медицине и проблемы защиты прав человека: дисс. ... канд. юрид. наук: 12.00.10 / Долаев Шамиль Русланович – М., 2004. – 176 с.

³⁷ Childress, J.F. A Right to Health Care? // *Jornal of Medicine and Philosophy (JMP)*. – 1979. – Vol. 4. – № 2. – P. 132–137; Leenen, H.J.J. and A.C. Zonneveld, *Handboek geondheidsrechtl, Deel 2, Geondheidsiorg en rechtl Handbook Health Care Law, Part 2, Health Care and the Law.*, Alphen aan den Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink, 1996; Leenen, H.J.J., *Hundboek geondheidsrechtl, Dee / 1, Rechten van mensen in de geondheidsiorg Handbook Health Care Law, Part 1, People's Rights in Public Health Care.*, Alphen aan den Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink, 1994.

ства (пропаганда здорового образа жизни, создание здоровой окружающей среды, адекватных современным реалиям условий труда, улучшение питания и санитарных условий проживания незащищенных в социальном плане индивидов, находящихся на территории государства, т. е. создание «основных предпосылок здоровья»)³⁸.

Практически все международно-правовые акты в исследуемой области не содержат унифицированной нормы «охрана здоровья». Так, ст. 11 Европейской социальной хартии в содержание данной категории включает «предупреждение по возможности причин заболеваний; создание консультативных и просветительских учреждений, содействующих укреплению здоровья населения и развитию индивидуальной ответственности людей за свое здоровье; предотвращение по возможности эпидемических и других заболеваний, а также несчастных случаев»³⁹. В этой статье нет норм, регулирующих право на медицинскую помощь, хотя правила ее предоставления, как разновидности социальной помощи, предусмотрено в ст. 13 Хартии. Государства обязуются обеспечить бесплатную медицинскую помощь наименее защищенным в экономическом плане индивидам.

В Хартии Европейского Союза об основных правах охрана здоровья трактуется не только как «право на доступ к системе профилактических мер в сфере здравоохранения, но и право пользоваться предоставляемой государством медицинской помощью»⁴⁰. В отличие от Европейской социальной хартии здесь речь идет не о комплексе общественных и социальных мер, а о субъективном праве индивида. Реализация этого права ставится международными правовыми актами в зависимость от существования в государстве «надлежащей системы здравоохранения», которой признается общедоступная «государственная система, позволяющая оказывать необходимую медицинскую помощь всему населению и обеспечивающая профилактику и диагностику заболеваний; специальные меры по защите здоровья матерей, детей и престарелых; общие меры, направленные на борьбу с алкоголизмом и наркоманией, контроль за качеством продуктов питания и состоянием окружающей среды»⁴¹.

Термины «охрана здоровья» и «система здравоохранения» в зарубежной научной литературе зачастую имеют одинаковое содержание в международных правовых документах, как отмечает Е.В.Воронцова⁴².

В Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах «наивысший достижимый уровень» физического и психического здоровья признается субъективным правом граждан конкретного государства. При этом российская доктрина исходит из того факта, что государства обязаны создать условия для достижения этого права на своей территории, которые и представляют собой комплекс мер по охране здоровья. Право на охрану здоровья является коллективным правом в то время, как «право на наивысший достижимый уровень здоровья» является индивидуальным правом, а меры по его обеспечению со стороны государ-

³⁸ Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) Навыки, необходимые для здоровья. Образование в области здоровья, основанное на привитии жизненных навыков (ООЗОПЖН), – важный компонент доброжелательной к ребенку / укрепляющей здоровье школы // URL: http://www.who.int/school_youth_health/media/sch_skills4health_russian.pdf (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

³⁹ Европейская социальная хартия (пересмотренная) (принята в г. Страсбурге 03 мая 1996 г.) (ETS № 163) // Бюллетень международных договоров. – 2010. – № 4. – С. 17–67.

⁴⁰ Хартия Европейского Союза об основных правах: Комментарий / Под ред. С.Ю. Кашкина. – М.: Юриспруденция, 2001. – 204 с.

⁴¹ Гомьен Д., Зваак Л., Харрис Д. Европейская конвенция о правах человека и Европейская социальная хартия: право и практика. Перевод с английского / Гомьен Д., Зваак Л., Харрис Д.; Науч. ред.: Архипова Л.Б. – М.: Изд-во МНИМП, 1998. – С. 515–516; Воронцова Е.В. Конституционное право на охрану здоровья. – С. 39.

⁴² Dickman, R.L. Operationalizing Respect for Persons: A Qualitative Aspect of the Right to Health Care, in R. Bayer, A.L. Caplan and n. Daniels (eds), In Search of Equity, Health needs and the Health Care System, New York / London: Plenum, 1983, pp. 161–183; Leary V.A. Implications of a Right to Health, Human Rights in the Twenty – first Century, Deventer: Kluwer, 1993, p. 484 / Цит по: Воронцова Е.В. Конституционное право на охрану здоровья. – С. 40–41.

ственных и иных органов – обязанность государства, позволяющая осуществить это субъективное право.

Право на медицинскую помощь определяется как смежное понятие по отношению к праву на охрану здоровья. В российской и зарубежной доктрине под медицинской помощью принято понимать деятельность, осуществляемую профессиональными врачами и представляющую собой оказание медицинских услуг. Из этой трактовки исходит и Закон об основах охраны здоровья граждан, определяя ее в ст. 2 как «комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг», конкретный перечень которых содержится в ст. 32 Закона. Однако в законодательстве Российской Федерации до сих пор нет легального понятия медицинской услуги.

Коллизия норм Конституции РФ и гражданского законодательства привела к тому, что в действующем законодательстве, с одной стороны, нормативно закреплена бесплатная форма медицинской помощи со стороны государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (п. 1 ст. 41 Конституции РФ), а с другой – она является возвратно платной, так как предоставляется гражданам за счет соответствующего бюджета, страховых взносов и иных средств. Однако медицинские услуги и работы являются сферой действия гражданского законодательства, что предполагает договорные обязательства, оплачиваемые пациентами в соответствии со ст. 783 ГК РФ.⁴³ Именно это, по мнению В.Н. Сидоровой, изменяет существо оказания медицинской помощи из бесплатного в сферу платных медицинских услуг (работ)⁴⁴.

Можно констатировать, что в российской правовой доктрине существуют два подхода, определяющих, являются ли право на охрану здоровья и право на оказание медицинской помощи тождественными категориями или же категориями, различными по своему содержанию.

Право на охрану здоровья, гарантируемое индивидам государствами, прямо предусмотрено в ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах. В этой статье присутствует такое словосочетание как «государства признают», что означает простую констатацию факта, а не обязанности государства обеспечивать это право гражданам конкретной страны. С другой стороны, подобное право трактуется как право на охрану здоровья, произвольное от государства и определяющее возможность его реализации.

В документах Всемирной организации здравоохранения одновременно присутствует не только право на медицинское обслуживание, но и право на определенные условия жизни человека, к которым принято относить право на здоровое питание, чистую питьевую воду, окружающую среду, и которые не могут быть обеспечены самостоятельно индивидами, в силу чего государство обязано обеспечить наличие специалистов, медицинских учреждений, фармацевтических предприятий и др.

Можно резюмировать, что право на здоровье дается человеку с рождения, а право на его защиту возникает в случае его нарушения и определяется возможностью реализации со стороны государства, выражаясь в праве на медицинскую помощь. Подобная трактовка нашла свое отражение в Законе об основах охраны здоровья.

Право на медицинскую помощь означает гарантированную возможность предоставления бесплатной медицинской помощи в соответствии с системой обязательного медицинского страхования в специальных государственных, муниципальных и частных учреждениях здравоохранения⁴⁵.

⁴³ Сидорова В.Н. Соотношение понятий «медицинская помощь», «медицинская услуга» и «медицинская работа» как проблема гражданского законодательства / В.Н. Сидорова // Медицинское право. – 2012. – № 4 (44). – С. 25–26.

⁴⁴ Там же. – С. 27.

⁴⁵ Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Российская газета. – 2010. – 3 дек.

В Законе об основах охраны здоровья содержится категория «сохранение здоровья», которая в отечественной науке получила широкую известность. В содержание данного понятия «сохранение здоровья» включаются меры, обеспечивающие безопасность здоровья групп населения, к числу которых были отнесены санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, контроль продуктов питания, воды, воздуха, лекарств, медицинской техники и т. д.

Н.Б. Найговзина, указывая на несовпадение содержания таких категорий, как «охрана здоровья» и «здравоохранение» в российской доктрине, утверждает, что естественное право человека на здоровье не может быть реализовано индивидом без государственных мер по охране окружающей среды, созданию благоприятных условий труда, быта и отдыха, воспитания и обучения граждан, производству соответствующих по качеству продуктов питания, и, самое главное, оказанию доступной профессиональной медико-социальной помощи в соответствии с принципами международных актов в социальной сфере⁴⁶. Н.В. Савостьянова и Л.А. Нудненко придерживаются той научной позиции, согласно которой право на охрану здоровья и медицинскую помощь условно включает не только права граждан в сфере охраны здоровья, но и обязанность государства защищать конституционное право на охрану здоровья, при обязательном правовом регулировании института юридической ответственности всех субъектов права «за нарушение прав граждан и несоблюдение обязанности органов государственной власти и их должностных лиц по охране здоровья, в том числе за непредоставление информации, за разглашение врачебной тайны, за вред, причиненный здоровью человека»⁴⁷.

Далее, в Законе об основах охраны здоровья закреплено понятие «укрепление здоровья», которое в соответствии с ч. 2 ст. 2 наряду с «сохранением здоровья» (ч. 2, ч. 6 ст. 2) перечислено в качестве целей охраны здоровья. Проблема реализации данной нормы заключается в том, что законодатель не раскрывает ее содержание. В международной практике это понятие получило свое закрепление в Оттавской хартии по укреплению здоровья (1986 г.)⁴⁸ как «процесс, дающий людям возможность влиять на свое здоровье и улучшать его», реализуемый государственными органами не только в области здравоохранения, но и в социальной сфере в целом, а именно: обязанность государства видится в повышении уровня общего благополучия людей, достижении социальной справедливости. На первый взгляд, комплекс этих мер схож с мероприятиями по охране / сохранению здоровья. Однако в тексте Оттавской хартии акцент перемещен на профилактику заболеваний, информационно-просветительскую работу и формирование здорового образа жизни среди населения, т. е. это уже не коллективное право, обязывающее государство создать условия для восстановления потерянного здоровья, а индивидуальное право каждого, когда только человек ответственен за состояние своего организма. Вслед за международными документами, Закон об основах охраны здоровья использует категорию «укрепление здоровья» в качестве самостоятельной, практически не имеющей объективных критериев для оценки ее реализации на практике.

В иностранной научной литературе⁴⁹ используется понятие «основных предпосылок здоровья», к которым принято относить здоровую окружающую среду, доступ к чистой воде, удовлетворительное питание, наличие жилья, социальную справедливость и ряд других условий. Данная категория не получила законодательного закрепления в России, ее содержание вошло

⁴⁶ Найговзина Н.Б. Современные организационно-правовые проблемы здравоохранения, охраны здоровья и возможные пути их решения // Кодекс info. – 2004. – № 1–2. – С. 66–79.

⁴⁷ Там же. – С. 220; Савостьянова, Н.В. Конституционное право на охрану здоровья: понятие и структура // Конституционное и муниципальное право. – 2005. – № 3. – С. 37–39.

⁴⁸ Оттавская хартия по укреплению здоровья 1986 года. // URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

⁴⁹ Бريدжит Т. Право на здоровье. Теория и практика. – М.: Устойчивый мир, 2001; Кэмпбэлл А., Джиллет Г., Джонс Г. Медицинская этика: Уч. пособие: Пер. с англ. / Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. – 2-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 и др.

в понятие «охраны здоровья», что представляется не совсем удачным с точки зрения юридической техники.

Наибольшее различие в отечественной и зарубежной правовой доктрине представляет собой толкование категорий «здравоохранение» и «охрана здоровья». Отметим, что иностранные авторы зачастую не различают их по содержанию, но в отечественной доктрине и законодательстве получило закрепление толкование охраны здоровья как системы мер, предполагающих различные виды государственной и иной деятельности. А «система здравоохранения» согласно Закону об основах охраны здоровья представляет собой систему органов и организаций, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья.

Таким образом, право на охрану здоровья, закрепленное в Законе об основах охраны здоровья, предполагает возможность индивидов «распоряжаться» своим здоровьем, жить в соответствующей окружающей среде – не только экологической, но и социальной, предоставляющей индивиду безопасные условия труда, благоприятные условия быта и отдых, качественные и безопасные продукты питания и др. В современной науке существуют различные классификации правомочий человека и гражданина в этой сфере.

Бриджит Тобес, вслед за нормами международно-правовой практики, содержательно разделяя права в области «охраны здоровья» и права в сфере «основных предпосылок здоровья», полагает необходимым законодательно закрепить такие правомочия индивида и общества в качестве содержания категории «охрана здоровья», как право на медицинскую помощь, профилактические меры по охране здоровья, охрану здоровья различных возрастных групп населения и в первую очередь детей, организацию планирования семьи, медицинское сопровождение в течение беременности и в послеродовой период, сохранение психического здоровья⁵⁰. Поэтому к «основным предпосылкам здоровья» она относит свободный доступ к чистой питьевой воде, удовлетворительные санитарные условия, питание, здоровую окружающую среду, борьбу с профессиональными заболеваниями, обязательную профилактическую и консультационную информацию, упразднение вредных обычаев⁵¹. Данная научная позиция разделяется Е.В. Воронцовой. По ее мнению, права граждан на охрану здоровья необходимо рассматривать в совокупности правомочий, заключающихся в праве жить в благоприятной для здоровья окружающей среде, как природной, так и социально-экономической, и праве получать качественную медицинскую и связанную с ней иную помощь (финансируемые преимущественно государством меры по предоставлению социальных льгот, лекарственных средств, консультационных услуг и пр., с целью не только сохранения, но и укрепления физического и психического здоровья граждан, поддержание их долголетия)⁵².

Проведенный анализ доктринальных положений о юридической природе и содержанию основного права человека в области охраны здоровья позволяет сделать вывод о том, что в научной литературе существуют два основных подхода к определению права на охрану здоровья. Для первого характерна оценка индивидуального права каждого человека, для второго – коллективного, когда право на здоровье каждого индивида должно обеспечиваться коллективными усилиями общества в целом и государства. Первый подход к характеристике права на охрану здоровья частично отражен в российской доктрине. Так, Н. Печерских определяет начало возникновения права на охрану здоровья со стадии внутриутробного развития⁵³. Е.В.

⁵⁰ Москаленко В.Ф. Объем и принципиальное содержание права на здоровье в международных нормативно-правовых актах // Медицинское право. – 2006. – № 4. – С. 10–21.

⁵¹ Тобес Б. Право на здоровье. – С. 220–234.

⁵² Воронцова Е.В. Конституционное право на охрану здоровья. – С. 57–58. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С. Право на психическое здоровье в нормативно-правовых актах международного и национального уровней // Психическое здоровье. – 2004. – № 4(5).

⁵³ Печерских Н. Каждый имеет право / Н. Печерских // Право и защита. – 2013. – № 6. – URL: <http://www.pravo-mag.ru/journal/article406/> (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

Воронцова утверждает, что право на охрану здоровья, в первую очередь, является естественным, неотъемлемым правом индивида⁵⁴.

В последнее время широкое распространение получил тезис о включении в понятие права на охрану здоровья такого компонента, как здоровый образ жизни. Необходимость этого шага, по мнению исследователей в области медицинского права, объясняется существующими экологическими и социально-экономическими реалиями в России. Таким образом, ответственность за собственное здоровье возлагается на самого человека, а не на общество или государство. А.В. Беляковым предлагается определение здорового образа жизни как обязанности индивида поддерживать здоровый образ жизни⁵⁵. Однако в большинстве своем в России не только в нормативных актах, но и в научной доктрине получил свое закрепление именно второй подход, когда право на охрану здоровья представляет собой взаимные права и обязанности граждан и государства. При этом большинство авторов отмечает, что государство, перейдя на рельсы рыночной экономики, ограничивает свою роль в охране права на здоровье граждан России.

И.Г. Банникова, анализируя Конституцию РФ 1993 г. отмечает, что «статья о праве на охрану здоровья и медицинскую помощь в целом хуже не стала, однако акценты расставлены разные. Исчезли слова о бесплатной квалифицированной помощи, но появились положения относительно ответственности должностных лиц»⁵⁶. Вместе с тем в Уставе Всемирной организации здравоохранения делается упор на соотношение индивидуального и общественного факторов по обеспечению здорового образа жизни⁵⁷.

По мнению В.В. Пучковой, социально-юридический механизм реализации прав и свобод в сфере охраны здоровья должен предусматривать гарантии их обеспечения и защиты, на создание которого должна быть направлена политика государства. Государство в лице государственных и муниципальных органов при содействии и взаимодействии с различного рода общественными организациями создают национальную систему здравоохранения, в которой наряду с государственными мерами, обеспечивающими охрану здоровья народонаселения, предусмотрены меры по созданию условий для реализации защиты собственного здоровья со стороны народонаселения страны, исключая врачебную ошибку⁵⁸.

Трактовка права на охрану здоровья как коллективного права получила свое развитие в документах целого ряда международных организаций. Так, например, в Замечаниях общего порядка (2000 г.) № 14 Комитета ООН по экономическим, социальным и культурным правам⁵⁹, предлагается порядок определения эффективности системы здравоохранения по соответствующей ст. 12 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» этого Пакта. В соответствии с этой статьей, государство, присоединившееся к Пакту, обязуется принять меры по ограничению злоупотребления алкоголем, табака, наркотиков, токсических веществ с целью сохранения здоровой природной среды и рабочего места; предоставлению соответствующих техноло-

⁵⁴ Воронцова Е.В. Конституционное право на охрану здоровья и его реализация в сфере государственного контроля за качеством товаров и услуг. – С. 9.

⁵⁵ См. подробнее: Беляков А.В. Международно-правовые проблемы обеспечения здравоохранения: автореферат дисс. ... канд. юрид. наук: 12.00.10. – М., 2009. – 29 с.

⁵⁶ Банникова И.Г. Право на охрану здоровья и медицинскую помощь: содержание и историческая ретроспектива // Вестник Пензенского государственного университета – 2014. – № 2 (6). – С. 52.

⁵⁷ Устав (Конституция) Всемирной организации здравоохранения // URL: <http://docs.cntd.ru/document/901977493> (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

⁵⁸ Пучкова В.В. Правотворческая деятельность органов государственной власти по формированию правовой базы в сфере охраны здоровья граждан // Вопросы современной юриспруденции. – 2015. – № 1–2 (44). // URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/pravotvorcheskaya-deyatelnost-organov-gosudarstvennoy-vlasti-po-formirovaniyu-pravovoy-bazy-v-sfere-ohrany-zdorovya-grazhdan> (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

⁵⁹ Замечания общего порядка, принятые Комитетом ООН по экономическим, социальным и культурным правам // URL: <https://perspektiva-inva.ru/protec-rights/law/international/vw-501/> (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

гий в целях пресечения и контроля за заболеваниями; обеспечению равного и своевременного доступа к услугам по предупреждению, лечению и реабилитации, а также медицинскому просвещению в целях предоставления необходимого оборудования, товаров и услуг⁶⁰.

А.В. Беляков отмечает, что в конце XX в. в зарубежной литературе по проблемам охраны здоровья человека и гражданина получили широкое распространение идеи о невозможности существования в современном демократическом государстве прямой зависимости оказания качественной медицинской помощи от благосостояния отдельного индивида⁶¹. По его мнению, задачи по обеспечению охраны здоровья зависят от целей государства, которые они ставят перед собой в социальной сфере.

В правовой доктрине здравоохранение считается частью социально-экономической сферы жизни общества, поэтому государственная политика в области охраны здоровья и оказания медицинской помощи представляет собой значительную область социальной политики государства.

В зарубежной литературе политику здравоохранения в зависимости от государственных целей принято рассматривать как в узком, так и широком понимании. В узком смысле – это мероприятия государственных и иных органов в области медицины по улучшению индивидуального и общественного здоровья; в более широком – это действия со стороны правительства страны, имеющие цель повлиять на состояние здоровья, прежде всего, отдельных категорий населения⁶². Именно широкая трактовка политики в области здравоохранения, по мнению отечественных исследователей, должна стать определяющей на современном этапе государственно-правового развития России. В связи с этим необходимо осуществить следующие первоочередные мероприятия:

- создать систему высококвалифицированных управленческих кадров;
- усовершенствовать существующую законодательную базу в сфере здравоохранения;
- обеспечить формирование активной гражданской позиции общества;
- совершенствовать систему контроля за целевым расходованием денежных средств в отрасли;
- обеспечить межведомственный и многоуровневый подход в вопросах повышения качества жизни, улучшения условий труда, быта и отдыха населения, формирования здорового образа жизни;
- создать постоянно действующую информационно-пропагандистскую систему, направленную на формирование здорового образа жизни, профилактику заболеваний;
- обеспечить население качественной бесплатной медицинской помощью в рамках программы государственных гарантий;
- создать условия и обеспечить вовлечение различных групп населения в активные занятия физической культурой и спортом;
- обеспечить здравоохранение квалифицированным персоналом, что предполагает вузовскую, послевузовскую систему подготовки медицинских кадров, внедрение системы непрерывного образования, стажировки за рубежом и должно позволить иметь высококвалифицированный кадровый состав⁶³.

⁶⁰ Беляков А.В. Право на здравоохранение – коллективное право народа, населяющего государство // URL: <https://www.sovremennoepravo.ru/m/articles/view/>; См. подробнее: Замечания общего порядка, принятые Комитетом ООН по экономическим, социальным и культурным правам // URL: <https://perspektiva-inva.ru/protect-rights/law/international/vw-501/> (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

⁶¹ Hunter N.D. Risk Governance and Deliberative Democracy in Health Care // 97 Geo. L.J. 1. Georgetown Law Journal. November, 2008. // Цит. по Беляков А.В. Право на здравоохранение – коллективное право народа, населяющего государство.

⁶² Blakemore K. Are Professionals Good for you? The Example of Health Policy and Health Professionals // Social Policy: An Introduction. – Philadelphia: Open University Press, 1998. – 127 с.

⁶³ Ерохина Т.В. Теоретико-правовые основы государственной политики в сфере здравоохранения // Медицинское право. – 2013. – № 2. – С. 11–12.

По мнению большинства российских исследователей⁶⁴, медицинские работники и пациенты не обладают знаниями и навыками по защите своих прав и интересов.

Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (утв. Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. N 294) (далее – Государственная программа) носит перспективный характер и рассчитана до 2020 г. По мнению исследователей, ее цель заключается в ответе на обострившиеся проблемы в области системы здравоохранения в России. К их числу отнесены: «отсутствие у граждан мотивации заботиться о собственном здоровье, низкий уровень удовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи, отсутствие прорывных результатов в отечественной биомедицинской науке»⁶⁵. На современном этапе государственно-правового развития в XXI в. актуальна новая модель здравоохранения, девиз которой – «от лечения болезней – к обеспечению здоровья», базирующаяся на новейших исследованиях в области биомедицины.

В научной литературе появились исследования в области регенеративной медицины, целью которой является функциональное восстановление тканей и органов, подвергшихся действию болезней, повреждающих факторов и возрастных изменений, изучение и развитие собственных репаративных способностей организма. Регенеративная медицина «основывается на разнообразных подходах – от клеточной терапии, инжиниринга тканей до создания новых медицинских материалов и устройств, искусственных тканей и органов и т. д.»⁶⁶.

В Законе об основах охраны здоровья только ст. 55 посвящена вспомогательным репродуктивным технологиям, но при этом порядок применения клеточных технологий и компонентов не урегулирован законодательно. Правовые коллизии в законодательстве о суррогатном материнстве являются предметом научных исследований⁶⁷.

⁶⁴ См., например: Абаева О.П., Никитин Д.А., Тарычев В.В., Филиппов Ю.Н. Современное состояние нормативно-правового обеспечения права пациента на автономию при оказании скорой медицинской помощи врачебными и фельдшерскими выездными бригадами // Медицинское право. – 2010. – № 6 (34). – С. 27–31; Абаева О.П., Филиппов Ю.Н., Филиппов А.Ю. Проблемы компенсации морального вреда, связанного с оказанием медицинской помощи // Медицинское право. – 2014. – № 1 (53). – С. 21–24; Барциц И.Н. Врачебная ошибка в свете защиты прав пациентов // Право и образование. – 2012. – № 9. – С. 182–185; Ерохина Т.В. Теоретико-правовые основы государственной политики в сфере здравоохранения // Медицинское право. – 2013. – № 2. – С. 7–12; Каменева З.В. Здоровье человека – основная цель правовой охраны окружающей среды: монография. – М.: РПА Минюста России, 2013. – 124 с.; Каменева З.В. Проблемы реализации и защиты прав граждан на медицинскую помощь: монография. – М.: РПА Минюста России, 2014. – 140 с.; Мохов А.А. Медицинское право (правовое регулирование медицинской деятельности). Курс лекций: Учебное пособие. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2003. – 186 с.; Плеханова Л.Н. Медицинское право. Курс лекций. – Новосибирск: Изд-во СибАГС, 2015. – 154 с.; Понкина А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов. – М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. – 200 с.; Понкина А.А. Оценка результатов верификации итогов конституционно-правового исследования проблемы врачебной ошибки в контексте защиты прав пациентов // Нравственные императивы в праве. – 2012. – № 4. – С. 98–101; Понкин И.В. Оценка суррогатного материнства с позиций права и биоэтики / И.В. Понкин, А.А. Понкина // Право и образование. – 2014. – № 10. – С. 97–109; Понкин И.В., Понкина А.А. Правовые гарантии защиты прав извлеченного живым в результате производства аборта ребенка на жизнь и на получение медицинской помощи // Нравственные императивы в праве. – 2014. – № 4. – С. 4–20; Понкин И.В. Юридическое определение понятия «боль» / И.В. Понкин, А.А. Понкина // Медицина. – 2016. – № 1. – С. 13–17; Пучкова В.В. Объективные и субъективные причины врачебных ошибок в процессе оказания медицинской помощи пациентам // Право и государство: теория и практика. – 2013. – № 4 (100). – С. 56–60; Пучкова В.В. Анализ проблем возникновения врачебной ошибки при нанесении вреда здоровью пациента с правовой точки зрения // Право и государство: теория и практика. – М.: Право и государство пресс, 2014, № 2 (110). – С. 66–72; Тарычев В.В. Легитимность стандартов оказания скорой медицинской помощи // Медицинское право. – 2014. – № 1 (53). – С. 49–51 и др.

⁶⁵ Интервью директора Департамента инновационной политики и науки Николая Семенова газете «Известия» о Государственной программе «Развитие здравоохранения» // URL: <http://medinfo.tomsk.ru/component/content/article/1-zdorovie/313—1-g> (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

⁶⁶ Черешнев В.А. Состояние и перспективы развития биомедицинских клеточных технологий в России // Вопросы правового обеспечения научно-технической и инновационной деятельности: Информационно-аналитический сборник по материалам парламентских слушаний и круглых столов Комитета Государственной Думы по науке и наукоемким технологиям. – М.: Издание Государственной Думы (электронное), 2012. – 166 с. // URL: <http://komitet2-8.km.duma.gov.ru> (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

⁶⁷ Афанасьева И.В., Пароконная К.Д. Правовые проблемы суррогатного материнства // Семейное и жилищное право. – 2012. – № 5. – С. 23–24; Кириченко К.А. Три модели формализации родительского статуса в однополых семьях: опыт сравнительно-правового исследования // Академический юридический журнал. – 2012. – № 1. – С. 51–62; Исаева Е.А. Однополые

В целях дальнейшего совершенствования права на медицинскую помощь поставлена задача по созданию новой нормативной базы для биомедицины. В научной доктрине биомедицинские исследования рассматриваются как клинические (лечебные) и неклинические (нелечебные). Как отмечает А.Е. Лакеев, «условно клинические исследования можно считать комплексом мер и проводимых экспериментов, направленных на улучшение здоровья и качества жизни пациентов (испытания лекарственных препаратов, субстанций, исследования новых хирургических, физиотерапевтических методик, исследования в области психиатрии, генетики, репродуктивной технологии, трансплантологии). Неклинические исследования не предусматривают терапевтической пользы для испытуемых, а направлены в основном на изучение физиологии (ответной реакции организма, адаптационных свойств, иммунитета и т. д.) организма в экстремальных или непривычных для человека условиях, в том числе и доклинические исследования на биоматериалах и животных, подлежащие отдельной правовой регламентации»⁶⁸.

Россия не является участницей Конвенции Совета Европы «О правах человека и биомедицине», принятой в 1997 г.⁶⁹. В российском законодательстве в настоящее время отсутствует нормативное закрепление правил, условий и оснований проведения неклинических биомедицинских исследований. Современное развитие права на охрану здоровья и медицинскую помощь, по мнению российских ученых, требует закрепления системы прав и медико-социальных гарантий в отношении «испытуемых»⁷⁰. Это необходимо вследствие отказа страховых компаний заключать договоры обязательного страхования жизни и здоровья граждан, принимающих участие в качестве испытуемых при проведении неклинических биомедицинских исследований, со страховыми компаниями⁷¹. Возникающие в этой области проблемы предлагается решить путем принятия специальных законов. Так, в январе 2013 г. предложен законо-

пары и дети: аспекты британского и американского законодательства // Социально-юридическая тетрадь. – 2012. – № 2. – С. 141–142; Исаева Е.А. Трансформация института семьи: опыт зарубежных стран // Социально-юридическая тетрадь. – 2013. – № 3. – С. 113–115; Косова О.Ю. Российская демография и юридическая деформация семьи // Социально-юридическая тетрадь. – 2013. – № 3. – С. 40–46; Альбикив И.Р. Правовые аспекты медицинского обследования лиц, вступающих в брак // Семейное и жилищное право. – 2013. – № 5. – С. 2–4; Понкин И.В. Технологии производства ребенка из генетического материала трех «родителей»: юридический и биоэтический аспекты / Понкин И.В. Понкина А.А. // Нравственные императивы в праве. – 2015. – № 2. – С. 4–13; Понкин И.В. К вопросу о содержании понятия «человек» с позиций медицинского права и биоэтики // ГлавВрач. – 2015. – № 3. – С. 16–23; Хазова О.А. Правовые аспекты применения вспомогательных репродуктивных технологий в России // Современное медицинское право. Сборник научных трудов. – М.: Изд-во ИНИОН РАН, 2003. – С. 198–213 и др.

⁶⁸ Романовский Г.Б. Биомедицинское право в России и за рубежом. Монография / Г.Б. Романовский, Н.Н. Тарусина, А.А. Мохов и др. – М.: Проспект, 2015. – С. 38.

⁶⁹ Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (ETS № 164) (Овьедо, 4 апреля 1997 года) // URL: <http://www.imbp.ru/BioEtika/Principles/Convention.html> (Дата обращения: 07.06.2017 г.). С 1999 года Подписана 29 государствами, в том числе Молдовой, Грузией, Эстонией, Латвией, Литвой.

⁷⁰ Романовский Г.Б., Романовская О.В. Правовое регулирование биомедицинских технологий в Российской Федерации // Романовский Г.Б. Биомедицинское право в России и зарубежом. Монография – М.: Проспект, 2015. – С. 16–26; Сергеев Ю.Д., Милушин М.И.О теоретических основах и концепции национального медицинского права // Медицинское право. – 2003. – № 3. – С. 3–8; Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Гревцова Р.Ю. Актуальные вопросы изучения медицинского права в учебном курсе подготовки специалистов медицинской отрасли // Медицинское право. – 2008. – № 4. – С. 8–12; Стеценко С.Г., Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Очерки медицинского права. – М.: Издательство: ЦКБ РАН, 2004. – 170 с. Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Биоэтика – нетрадиционный источник медицинского права // Медицинское право. – 2007. – № 2. – С. 3–9; Тарасьянц Е.В. Международная защита и поощрение прав человека в области биомедицинских исследований: дисс... канд. юрид. наук: 12.00.10. – М., 2010. – 197 с.; Концевенко А.С. Правовое регулирование биомедицинских исследований и применения новых биотехнологий в Европейском союзе: дисс... канд. юрид. наук: 12.00.10 / Концевенко Александра Сергеевна – М., 2011. – 165 с.; Швердин А.В. Создание и использование билтехнологий: история вопроса // Журнал российского права. – 2012. – № 6. – С. 118–126; Кравцов Р.В., Караваева Е.И. Биомедицинские технологии: вопросы правового регулирования и ответственности // Сибирский юридический вестник. – 2005. – № 3. – С. 7–12.

⁷¹ Самороков В.И. Уголовно-правовая оценка медицинского риска // Современные тенденции развития уголовной политики и уголовного законодательства. – М.: РАН, 1994. – С. 65.

проект «Об обращении биомедицинских клеточных продуктов»⁷², по которому Министерство экономического развития России подготовило заключение⁷³, отметив необходимость создания специального законодательства, регулирующего сектор клеточных технологий и применение продукции клеточных технологий. В дальнейшем был принят Федеральный закон от 23.06.2016 N180-ФЗ «О биомедицинских клеточных продуктах».

Исследователи, анализирующие современное российское законодательство в сфере охраны здоровья, высказывали предложения по совершенствованию механизма правового регулирования охраны здоровья. Так, А.А. Понкина предлагает внести в Закон об основах охраны здоровья гарантии прав пациентов от врачебной ошибки, как отдельного врача, так и медицинского учреждения, дефектов медицинской помощи в целом. Для реализации такой задачи предлагается нормативно закрепить систему обязательного страхования медицинской ответственности врачей и медицинских организаций⁷⁴.

Пучкова В.В. предлагает внести конкретику в норму о прохождении обязательного медицинского освидетельствования и прохождении диспансеризации, за несоблюдение которой должна наступать юридическая ответственность неосознательного гражданина. Однако ни вид, ни мера ответственности в законе не определены. По мнению В.В. Пучковой, необходимо исключить из законодательства норму об обязательном прохождении медицинских осмотров без исключения для всех граждан и включить разъяснение относительно граждан определенного круга профессий. Кроме этого, в Законе об ОМС следует нормативно закрепить добровольный характер медицинской помощи, т. е. каждый гражданин вправе решать выполнять ему рекомендации врача или отказаться от лечения. Иначе это будет означать запрет права на отказ от медицинского вмешательства⁷⁵.

Таким образом, в законодательстве в сфере здравоохранения имеет место разрозненность и отсутствие системности правового массива, что, безусловно, снижает качество правового материала и затрудняет практику его применения. Поэтому возникает необходимость в продолжении совершенствования российской системы здравоохранения и ее правового обеспечения.

⁷² Об обращении биомедицинских клеточных продуктов // URL: http://www.minzdravsoc.ru/docs/doc_projects/535 (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

⁷³ Минэкономразвития России. // URL: http://www.economy.gov.ru/minec/about/structure/depreulatinginfluence/doc20130628_09. (Дата обращения: 07.06.2017 г.).

⁷⁴ Понкина А.А. Врачебная ошибка в контексте защиты прав пациентов / Кафедра правового обеспечения государственной и муниципальной службы МИГСУ РАНХиГС. – М.: Консорциум специалистов по защите прав пациентов, 2012. – С. 183–184.

⁷⁵ Пучкова В.В. Правотворческая деятельность органов государственной власти по формированию правовой базы в сфере охраны здоровья граждан // Вопросы современной юриспруденции / Сб. ст. по материалам XLV–XLVI междунар. науч. – практ. конф. № 1–2 (44). – Новосибирск: Изд. «СибАК», 2015. – С. 30–34 (134 с.)

1.2. Доктринальные подходы к решению проблем в системе обязательного и добровольного медицинского страхования

Относительно методологических подходов в отечественной и зарубежной теории и практике по проблемам обязательного и добровольного медицинского страхования существует значительное количество научных трудов, которые посвящены исследованию данной тематики.

Вопросам формирования и развития системы ОМС в России и за рубежом посвящены работы многих ученых. Так, основные этапы развития медицинского страхования в нашей стране раскрыты в работах А.В. Евтиховой⁷⁶, А.А. Кожевникова⁷⁷, З.П. Номоконовой⁷⁸, С.С. Оношко⁷⁹, Э.А. Русецкой⁸⁰ и др.

Например, С.С. Оношко в своем диссертационном исследовании «Роль обязательного медицинского страхования в финансировании здравоохранения региона (на примере Сибирского федерального округа)» раскрывает девять этапов развития медицинского страхования в России, характеризующихся изменениями механизма образования и использования финансовых ресурсов для обеспечения гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам России⁸¹. В частности, первый этап датируется с марта 1861 г. (с принятием 6 марта 1861 г. Закона «Об обязательном учреждении вспомогательных товариществ на казенных горных заводах») по июнь 1903 г. (2 июня 1903 г. принят Закон Российской империи «О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности») и связан с зарождением элементов социального страхования.

Предпосылками введения медицинского страхования в России в начале 1990-х годов стали социально-политические процессы, которые привели к кризису власти, возникновению проблемной ситуации в экономике и в обществе. Принятый в 1991 году Закон РСФСР от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РСФСР» за счет неоднократных редакций существенно изменил нормы, которые, с одной стороны, упорядочили данную систему, оптимизировав фискальную и организационную составляющую, а с другой стороны, с течением времени фактически устранили у граждан мотивацию на то, чтобы активно участвовать в ее софинансировании, так как эта функция была закреплена за юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, а контрольная функция осталась за страховыми организациями.

В 1993 году в вышеуказанный Закон были внесены существенные изменения. Так, изменение произошло в отношении фондов медицинского страхования, которые первоначально создавались в страховых организациях, а с принятием в 1993 году новой редакции приобрели самостоятельность как некоммерческие финансово-кредитные учреждения в форме Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. При этом было введено правило о том, что финансовые средства фондов обязательного медицинского страхо-

⁷⁶ Евтихова А.В. Управление системой обязательного медицинского страхования: автореферат дис. канд. соц. наук: 22.00.08. – Москва, 2009.

⁷⁷ Кожевников А.А. Проблемы и тенденции медицинского страхования в Российской Федерации // Социальное и пенсионное право. – 2016. – № 1. – С. 44–48.

⁷⁸ Номоконова З.П. Развитие медицинского страхования в истории Российского государства // Государственная власть и местное самоуправление. – 2011. – № 7. – С. 41–44.

⁷⁹ Оношко С.С. Роль обязательного медицинского страхования в финансировании здравоохранения региона (на примере Сибирского Федерального Округа): автореферат дис... канд. экон. наук: 08.00.10; БГУЭП. – Иркутск, 2011.

⁸⁰ Русецкая Э.А. Формирование и развитие системы медицинского страхования: автореферат дис. канд. экон. наук: 08.00.10. – Ставрополь, 2004.

⁸¹ Оношко С.С. Указ. Соч. – С. 8, 9.

вания находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат. Отмечая относительно положительный результат введения системы ОМС, как вынужденной меры по поддержанию функционирования медицинских учреждений в кризисный период, нельзя не подчеркнуть, что ее уязвимость по причине жесткой зависимости от источников финансирования сохранилась.

В настоящее время основные перемены связывают с изменением порядка финансирования системы здравоохранения, которое до конца 2014 года осуществлялось из трех источников: ОМС, из региональных бюджетов дотировалась скорая помощь, расходы на содержание учреждений и лечение социально значимых заболеваний, из средств федерального бюджета – высокотехнологичная медпомощь (далее – ВМП) и лекарственное обеспечение льготников. С января 2015 года здравоохранение России полностью перешло на одноканальное финансирование, при котором все средства в медучреждения будут поступать из одного источника – фонда ОМС. Переход на одноканальное финансирование призван обеспечить консолидацию финансов в системе ОМС.

Следует отметить, что до введения системы одноканального финансирования ОМС многие ученые высказывали мнение о необходимости проведения данной реформы, а существовавшую многоканальную систему финансирования рассматривали в качестве одной из основных проблем организации обязательного медицинского страхования. Такая система предполагала использование различных источников финансирования (средства бюджетов всех уровней, средства, направляемые на ОМС, а также иные источники). При таком количестве разнородных источников финансирования трудно согласовать и направить средства на реализацию единой цели.

Среди недостатков существовавшей многоканальности финансирования здравоохранения С.С. Оношко отмечал снижение финансовой прозрачности отрасли здравоохранения, ее управляемость, трудности в осуществлении контроля качества оказания медицинской помощи, в целом неэффективное использование финансовых ресурсов. Наличие нескольких источников финансирования здравоохранения затрудняет процесс финансового планирования и реализации программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования⁸².

Вместе с тем Б.И. Трифонов в диссертационной работе «Страховой механизм финансирования здравоохранения граждан России» справедливо указывает на то, что существующие изменения в финансировании данной отрасли не способны решить проблему дисбаланса между объемом гарантированной государством медицинской помощи и объемом имеющихся в системе финансовых средств. По прогнозам ученого, на протяжении двух следующих десятилетий указанный дисбаланс может увеличиться из-за современных медико-демографических процессов, если не противопоставить ему правильно организованную страховую модель финансирования здравоохранения⁸³.

Как отмечает Б.И. Трифонов, переход к накопительной системе финансирования здравоохранения в отношении населения пенсионного возраста является одним из важнейших направлений реформирования механизмов финансирования современной системы медицинского страхования. Автор диссертации предложены две формы накопительного механизма финансирования: обязательная и добровольная (дополнительная) системы долгосрочного медицинского страхования. Для первой системы должен действовать принцип независимости, при котором размер уплаченных страховых взносов не влияет на объем оказываемой медицин-

⁸² Оношко С.С. Указ. Соч. – С. 3.

⁸³ Трифонов Б.И. Страховой механизм финансирования здравоохранения граждан России: автореф... канд. экон. наук: 08.00.10. – М., 2013. – С. 3.

ской помощи. В добровольной форме величина страхового взноса устанавливается индивидуально, и ее размер зависит от объема страховой программы. Одна из необходимых мер для проведения указанной реформы – создание Фонда долгосрочного медицинского страхования на основе действующего Пенсионного фонда РФ. Такой Фонд будет выполнять функции консолидации, хранения и использования накопленных средств. Федеральный фонд ОМС, в свою очередь, будет отвечать за распределение средств и контроль эффективности их использования в системе долгосрочного страхования. В дальнейшем предполагается организация Общенационального фонда социального страхования, который объединит медицинское и пенсионное страхование.

В диссертационном исследовании «Развитие региональной системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации (на материалах Республики Дагестан)» С.Ф. Нюдюралиева отмечает следующее:

одним из основных направлений развития системы финансирования здравоохранения должно стать снижение финансовой зависимости от бюджетов и переход к страховым принципам финансирования медицинских услуг путем реформирования системы ОМС, учитывая различные территориальные факторы;

существует необходимость разработки и научного обоснования практических рекомендаций и методических положений по развитию системы ОМС в субъектах РФ;

формирование финансовых средств в системе здравоохранения должно реализовываться преимущественно на страховой основе за счет целевых взносов на ОМС⁸⁴.

С.Ф. Нюдюралиева предлагает следующие направления развития системы медицинского страхования в России, которые позволят преодолеть существующие в данной системе проблемы:

отмена многоканальной системы финансирования здравоохранения и внедрение одноканальной системы медицинского страхования (путем ликвидации Фонда ОМС и Территориального фонда медицинского страхования);

создание системы регулирования финансовых ресурсов страховых организаций на основе учета факторов региона (путем корректировки территориальных ресурсов страховых организаций через федеральный фонд).

Вопросам формирования социально-экономических отношений, связанным с государственным регулированием ОМС населения на региональном уровне, посвящена диссертационная работа Л.Г. Штельмах «Государственное регулирование обязательного медицинского страхования населения в условиях построения социально ориентированной экономики региона». В данном исследовании проанализированы:

существующая региональная система оценки и контроля качества оказываемой медицинской помощи населению;

процесс формирования инфраструктуры ОМС населения на уровне субъекта РФ; отечественный и зарубежный опыт государственного регулирования ОМС⁸⁵.

Ю.А. Степкина в своей диссертационной работе «Развитие системы финансирования обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» в результате проведенного анализа функционирования системы обязательного медицинского страхования в современных условиях приходит к выводу о том, что в методах формирования и использования

⁸⁴ Нюдюралиева С.Ф. Развитие региональной системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации (на материалах Республики Дагестан): автореф. дис... канд. экон. наук: 08.00.10. – СПб., 2009. – С. 8, 9.

⁸⁵ Штельмах Л.Г. Государственное регулирование обязательного медицинского страхования населения в условиях построения социально ориентированной экономики региона: автореферат дис... кандидата экономических наук: 08.00.05. – Орел, 2004. – С. 5.

финансовых средств на цели ОМС проявляются существенные проблемы⁸⁶. Диссертант выделяет следующие основные проблемы:

нарушаются принципы организации страховой медицины;

также нарушен основополагающий принцип функционирования рыночной страховой медицины, согласно которому изначально происходит аккумулирование денежных средств населения, а потом – распределение застрахованным лицам через страховые компании;

необходимые для обеспечения здравоохранения финансовые средства перечисляются не гражданам, а в ТФОМС, имеющий бюрократическую структуру, а впоследствии – передаются на основе нечетких принципов страховым организациям.

Главной проблемой российского здравоохранения и ОМС, в частности, Ю.А. Степкина считает недофинансирование из государственных источников и неравномерное распределение государственных средств на медицинскую помощь между регионами, городом и сельской местностью. Для решения описанных проблем ученый предлагает предпринять следующие меры: использовать в качестве единого канала финансового обеспечения не только фонды ОМС, а также средства государственного и территориальных бюджетов, которые объединены в Федеральный фонд ОМС; предлагается упразднить территориальный фонд, который создает препятствия в реализации страхового принципа аккумуляции и распределения финансовых средств ОМС. Автор диссертации также полагает, что целесообразно было бы путем введения и использования банковского медицинского сертификата передать гражданам определенную часть финансовых ресурсов ОМС.

⁸⁶ Степкина Ю.А. Развитие системы финансирования обязательного медицинского страхования в Российской Федерации: автореферат дис... кандидата экономических наук: 08.00.10. – Санкт-Петербург, 2012. – С. 8.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.