

*Каспарова Кристина Рауфовна
студентка 2 курса магистратуры
юридический факультет
Ростовский институт (филиал)
Всероссийский государственный университет юстиции (РПА
Минюста России),
Россия, г. Ростов-на-Дону
e-mail: kra_300@mail.ru*

*Научный руководитель: Цечоев В.К.
доктор юридических наук, профессор,
Ростовский институт (филиал)
Всероссийский государственный университет юстиции (РПА
Минюста России),
Россия, г. Ростов-на-Дону*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

***Аннотация:** В статье рассматриваются предложения по совершенствованию медицинского права в Российской Федерации. В процессе исследования были выявлены необходимые для жизнедеятельности человека и развития отрасли изменения в регулируемой отрасли.*

***Ключевые слова:** медицинское право, право, исследование, здоровье, легитимность, пандемия.*

*Kasparova Kristina Raufovna
2nd year master student
Faculty of Law
Rostov Institute (branch)
All-Russian State University of Justice (RPA of the Ministry of Justice of
Russia),
Russia, Rostov-on-Don*

*Scientific adviser: Tsechoev V.K.
doctor of legal sciences, professor,
Rostov Institute (branch)
All-Russian State University of Justice (RPA of the Ministry of Justice of
Russia),
Russia, Rostov-on-Don*

IMPROVEMENT OF MEDICAL LAW IN THE RUSSIAN FEDERATION

***Abstract:** The article considers proposals for improving medical law in the Russian Federation. During the study, the changes in the regulated industry necessary for human life and industry development were identified.*

Key words: medical law, law, research, health, legality, pandemic.

Последствия пандемии 2020 года и выход темы здравоохранения на первый план мировой повестки способствуют необходимости изменения и совершенствования системы медицинского права в целях предоставления гражданам государства комплексного медицинского обеспечения, а также сохранение и гарантирование их прав и свобод в соответствии с нормами основополагающих документов – Конституции Российской Федерации и Европейской конвенции о защите прав человека и основных свобод. Также в соответствии с Конституцией Российской Федерации каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Медицинское право, как отрасль права является одной из основополагающих отраслей, так как помимо регулирования деятельности в сфере здравоохранения, медицинское право также регулирует и права человека, что является одним из основ конституционного строя в нашей стране. В целях совершенствования в данной статье предлагаются пути ее совершенствования.

В целях настоящей статьи используется наукометрический метод, позволяющий объективно оценивать преимущества и недостатки, образующиеся на стыке научных областей перспективных направлений. Подбор и выборка публикаций для исследования проводится на базе платформ Web of science, научной электронной библиотеки (E-library), Scopus, Google Scholar.

Помимо наукометрического метода также используются качественные оценки пользования медицинского права и смежных с ним отраслей.

Академик Т. И. Заславская объяснила негативное отношение к закону влиянием многолетней тоталитарной системы, которая изменила общество в России и привела к тому, что «сегодня мы представляем собой народ с

полностью разрушенным правовым сознанием» [1, с. 28]. Без восстановления его не может быть продвижения к демократии, выход один — в политической воле, воспитании жизни по законам. Правовая неопределенность губит правосознание [2, с. 21].

Председатель Конституционного Суда РФ В. Зорькин говорит о том, что «право — это не абсолютный регулятор...», «... в отдельных случаях “активизм” в правовом поле даже полезен». Возникает вопрос: так что же есть абсолютный регулятор для народа, как не закон его государства? Соглашаясь с тем, что «активизм» необходим и полезен в процессе обсуждения проекта закона, заметим, что после его принятия и утверждения Президентом РФ следует решительно перейти к его исполнению на всех уровнях, ибо он стал абсолютным регулятором права [3, с. 11].

Проведение государственной политики в области здравоохранения с последующим внесением изменений в отрасль медицинского права как основного регулятора должно быть направлено на возвращение к принципам централизованного управления в системе здравоохранения. Для этого есть несколько предложений [4, с. 18].

Во-первых, государственная система здравоохранения в настоящее время является самой оптимальной по соотношению цена-качество. При минимальных затратах, вложенных в медицину, такая форма медицины дает максимальную отдачу. Опыт строительства сначала земской, затем советской, а после и английской систем подтверждает это положение. Во-вторых, опытом земских реформ, строительством советской системы доказано, что централизованная система здравоохранения в отличие от страховой или частной более действенна во время экономических кризисов.

Возвращение к централизации управления должно осуществляться исходя из опыта ошибок прошлого. Поэтому условия, при которых медицина была бы поставлена в полную зависимость от государственного финансирования, должны быть исключены. Для этого в дополнение к государственной стоит также развивать общественную модель медицины. Тем более, что опыт

прошлого (благотворительная, земская медицина, советская в период 20-30-х гг.), заложенный в российском менталитете, доказывает возможность ее восстановления [5, с. 35].

Медицинское право должно регулировать управление системой здравоохранения, которое должно основываться на коллегиальности: необходимо учитывать интересы не только врачей и медицинского персонала, но также права и пожелания граждан (потенциальных пациентов), для чего интересы последних могли бы быть представлены в управленческой системе [6, с. 29]. Опыт введения этого принципа в Великобритании в 1974 г. показал эффективность его применения [7, с. 24]. Кроме того, часть управленческого аппарата должна быть выборной. При наличии оппозиции в медицинской сфере появляется возможность объективизации мнений при решении спорных вопросов. Выборность органов управления-повышает также ответственность за деятельность этих структур [8, с. 13].

Для пропорционального распределения управленческих полномочий вертикаль медицинского управления должна иметь три уровня (по принципу государственного управления в России). Такая иерархия давно уже доказала свою эффективность (особенно английской национальной системы здравоохранения (НСЗ) после реформ 1974 г.) и не требует особых доказательств [9, с. 41].

Планирование должно стать главным координационным центром действия медицинской системы, регулируемой медицинским правом. Причем его необходимо осуществлять не один раз в 5-7 лет, как это было в СССР, а не реже одного раза в год. Это обусловлено сокращением времени: изменения в социальной, экономической, политической и экологической сферах с каждым годом происходят все быстрее. Следовательно, для повышения адекватности планирования требуется более частый пересмотр его основ [10, с. 31]. Кроме того, планирование должно быть комплексным, чтобы максимально точно учитывать изменения в вышеперечисленных сферах.

Для повышения медицинской обеспеченности населения в системе здравоохранения необходимо создать финансовую заинтересованность работников, отражение регулирования которой можно будет найти в медицинском праве [11, с. 19]. Прообразом такого механизма может, например, стать «концепция внутреннего рынка», созданная в 1991 г. в Великобритании, суть которой заключается в разработке механизмов конкуренции в деятельности ЛПУ и ВОП [12, с. 27]. Таким образом, обеспечивается рост качества медицинских услуг, а также финансовая заинтересованность медиков. С целью избежания ухудшения качества медицинских услуг при понижении их стоимости, например, вследствие конкурентной борьбы между ЛПУ за увеличение объема оказываемой помощи, государство должно установить минимальные нормы качества медицинской услуги и обеспечить реализацию прав пациента. Причем права должны быть описаны не только общими положениями, а иметь конкретные заключения, максимально точно регулирующие взаимоотношения в медицинской сфере. Исследование Конституции РФ, Федерального Закона о здравоохранении Российской Федерации, Уголовного Кодекса РФ указало на размытость положений о правах и обязанностях как врачей, среднего медицинского персонала, так и пациентов. Английская «Хартия прав пациентов», более конкретно определяющая права и обязанности вышеперечисленных групп, может стать примером обеспечения прав потребителей медицинских услуг для новой НСЗ.[9]

Участковый принцип обслуживания населения должен закладываться в медицинское право и быть регулируемым им объектом. Этот принцип, введенный еще в 1870-е гг. земством, а затем, в начале XX в., перенятый английской страховой системой, также доказал свою эффективность. Причем участковый принцип обслуживания дает возможность не только объединять высокое качество оказываемой услуги с низкими расходами на здравоохранение вследствие того, что участковый врач в течение длительного обслуживания населения так или иначе «знакомится» с проблемами своих пациентов, что помогает избегать лишних затрат на дополнительное обследование. Но также как

и ВОП он становится как бы «домашним доктором», и начинает лечить человека (в соответствии с его социально-психологическими особенностями), а не болезнь. На наш взгляд широкое распространение модели ВОП вместе с участковым принципом является тем необходимым звеном медицинского обслуживания населения, которого так долго не доставало НСЗ России.

Деятельность медицинской сферы, которую регулирует медицинское право, должна быть направлена не только на профилактику и лечение, но также включать в себя регулирование медицинской просветительской деятельности. Земская медицина доказала, что просвещение — это главное оружие против болезней (особенно заразных и венерических). Причем это средство является гораздо дешевле, чем лечение. Вместе с профилактической деятельностью просвещение воплощает принцип, выявленный еще Гиппократом: о том, что легче предотвратить болезнь, чем ее вылечить. В качестве источников просвещения могут стать: социальная реклама, введение дополнительных предметов в школах и ВУЗах, выставки (их возрождение проходит в настоящее время в США), музеи и т.д.

Все эти предложения на наш взгляд могли бы отразить новую модель российского медицинского права, эффективность действий которой так необходимы в настоящее время динамично именуемому миру и всей отрасли медицинского права в целом.

Список литературы:

1. Алексеева Н.Ю., Гайдаров Г. М., Макаров С.В., Пчела Л.П. Оценка эффективности деятельности многопрофильного ЛПУ в условиях внедрения новой системы оплаты труда медицинского персонала // Главврач. 2012. № 4. С. 11-31.

2. Габбасов А.Б. Позитивная административная процедура: поиск новой парадигмы отношений между человеком и чиновником // Журнал российского права. 2019. № 8. С. 21-36.

3. Каминская О.Н., Самусь И.В., Грачева Т.Ю. Частная система здравоохранения: правовые аспекты лицензирования // Медицинское право. 2020. № 3. С. 24-39.

4. Лазарев С. В. История лицензирования медицинской деятельности в России и г. Москве // Вестник Росздравнадзора. 2019. № 1. С. 31-43.

5. Мельникова В.И. Административно-процессуальные нормы: общий обзор // Журнал российского права. 2018. № 3. С. 33-50.

6. Мельничук Г.В. Формирование лицензирования в США // Бизнес в законе. 2019. № 2. С. 22-29.

7. Минашкин А.В. Административные процедуры организации и деятельности Правительства Российской Федерации // Законодательство и экономика. 2015. № 7 (255). С. 29-41.

8. Мурашко М.А. Итоги работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и ее территориальных органов по субъектам Российской Федерации в 2013 г. // Вестник Росздравнадзора. 2016. № 2. С. 17-28.

9. Неволина Е. Кадровый вопрос в нормативно-правовом «калейдоскопе» // Ремедиум. 2018. № 2. С.34-47.

10. Олейник О.М. Правовые основы лицензирования хозяйственной деятельности // Закон. 1994. № 6. С. 27-41.

11. Ориховская Е.Н. Проверки медицинских организаций надзорными органами: лицензионный контроль // Правовые вопросы в здравоохранении. 2014. № 6. С. 31-48.

12. Панченко П.Н. Стратегия модернизации России, право, правовая наука // Государственная власть и местное самоуправление. 2019. № 2. С. 24-36.