

Елена Анатольевна Лачина

*канд. юрид. наук, доцент кафедры гражданско-правовых дисциплин,
Владимирский филиал РАНХиГС*

Вадим Владимирович Пивоваров

*начальник отделения реанимации и интенсивной терапии
Федерального государственного казенного учреждения «Главный военный клинический
госпиталь им. академика Н. Н. Бурденко» (ГВКГ им. Н. Н. Бурденко) Минобороны России
32 Центральный военно-морской клинический госпиталь (32 ЦВМКГ), г. Москва*

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

Actual problems of legal regulation of health system in Russia

Аннотация: *статья посвящена такой актуальной проблеме модернизации правового регулирования здравоохранения Российской Федерации, как сфера правовых отношений врача и пациента.*

Abstract: *The article is devoted to such an urgent problem of modernizing the legal regulation of public health services in the Russian Federation as an area of legal relations between a doctor and a patient.*

Ключевые слова: *модернизация, правовые отношения, медицинский работник, здравоохранение.*

Keywords: *modernization, legal relations, medical worker, health care.*

Термином «модернизация здравоохранения» объединяется совместная целенаправленная деятельность органов власти, управления здравоохранением и медицинского сообщества, обоснованная научно проверенными фактами и фактическим наличием имеющихся ресурсов и факторов внешней среды с целью реформирования организации и структуры современного российского здравоохранения под требования мирового стандарта и придания ему современного облика.

Принятие важных решений в реалиях современной России заставляет власть и общество принимать сложные решения в процессе модернизации здравоохранения. И среди таких проблемных вопросов, как переработка нормативной правовой базы, которая позволит сформулировать общие принципы медицинской деятельности, выбор объекта модернизации, обуславливающий решение о модернизации отрасли или медицинской деятельности, на особом месте стоит проблема выбора предмета модернизации.

Представление о том, что людей лечат медицинские учреждения, а не медицинский персонал в целом, настолько сильно укрепилось в сознании власти и общественности, что сформировалось стойкое мнение, что если модернизировать (реформировать или изменить) саму деятельность медицинских учреждений, то все проблемы здравоохранения будут решены.

При этом здравоохранение, которое представляет собой многоуровневую социальную систему, является очень сложным по своей сути объектом деятельности для проведения кардинальных изменений, зачастую с непрогнозируемыми последствиями. Текущие результаты деятельности властей по реформированию здравоохранения на примере крупных агломераций показывают нам, что если изначально не проработана поддержка со стороны участников правовых отношений (медицинских работников и пациентов), то объект

модернизации становится индифферентен к изменениям. Без активного и целеустремленного участия медицинского сообщества в разработке целей, задач и принципов изменений, без принципиального одобрения предполагаемых действий со стороны оппонентов, без разъяснения обществу порядка действий и ожидаемых результатов, к которым, возможно, приведут планируемые изменения, данный субъект не сможет достичь запланированных целей. Представления о том, что улучшение (изменение) только самой инфраструктуры здравоохранения приведет к радикальным изменениям всего здравоохранения в лучшую сторону, изначально неверны [7, с. 24-26].

Оказание медицинской помощи является многоуровневой комплексной системой, которая касается в первую очередь по важности неимущественных прав граждан, предусмотренных законодательством. Это и права пациентов при получении медицинской помощи, и права медицинского персонала, оказывающего такую помощь. Пациент, вступая в правовые отношения с лечебным учреждением, является носителем определенных прав. В то же время лечебное учреждение и в его лице врач в свою очередь выступают не только как носители обязательств, но и как владельцы определенных прав.

При обращении гражданина в медицинскую организацию между ним и последней возникают законодательно регулируемые отношения. В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации определенным субъектом гражданских отношений в нашей стране является медицинская организация. Соответственно между пациентом и медицинской организацией возникают гражданско-правовые отношения.

Медицинские работники оказывают медицинскую помощь в качестве наемных работников, и их отношения с организацией регулируются трудовым законодательством. При определенных обстоятельствах медицинский работник может привлекаться как к уголовной, так и к административной ответственности в рамках действующего законодательства.

Содержание таких правовых отношений представляет собой совокупность субъективных прав и юридических обязанностей субъектов этих правовых отношений. Исходя из существующего многообразия субъектов, принимающих участие в организации, обеспечении и непосредственном оказании медицинской помощи, различают, в зависимости от выполняемых функций, их права и обязанности.

Понятие «права пациента» определяют новые правовые подходы в современном здравоохранении.

Первый документ о правах пациента был принят в 1971 г. в США Американской больничной ассоциацией (объединяет медицинских менеджеров и больничных администраторов) и назывался «Билль о правах пациента». Среди 12 пунктов этого документа были и такие: пациент имеет право проверить предъявленный ему счет, отказаться от участия в клинических испытаниях новых лекарств и др.

Начиная со второй половины 1970-х годов появился целый ряд важных документов международного значения, посвященных правам пациента.

Рекомендации Совета Европы по правам больного и умирающего (1976).

Резолюции Ассамблеи Всемирной организации здравоохранения «О здоровье для всех»

Хартия по правам больничных пациентов (1979).

Лиссабонская декларация о правах пациента (1981).

Права пациента в Европе (ВОЗ, 1993).

Амстердамская декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (ВОЗ,

На фоне наличия такого количества даже только одних международных нормативных правовых документов, регламентирующих права пациентов, в современной отечественной литературе отсутствуют значимые исследования, посвященные защите прав медицинских

работников. Имеющиеся, как правило, носят формальный характер и сводятся к копирайту с фразеологическими вкраплениями немногочисленных декларативных определений действующих отечественных нормативных правовых актов. В это же время широко известна существующая диспропорция прав и обязанностей между субъектами правовых отношений в здравоохранении: медицинскими работниками и пациентами. Наличие у пациентов значительно более широких прав, при преобладании у медицинских работников, в возникающих правовых отношениях, обязанностей, создает излишнюю напряженность в профессиональной деятельности. Это вытекает из «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» [1]. Так, в ст. 30 («Права пациента») [1] определены права пациента, появляющиеся при обращении за медицинской помощью. Насчитывается четырнадцать таких прав, начиная от «гуманного и уважительного отношения» к пациенту, заканчивая правом лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывалась медицинская помощь, в соответствующие медицинские ассоциации и лицензионные комиссии либо в суд» [1].

В то же время лишь в одном пункте ст. 63 данного Закона указано, что медицинские работники помимо прав, указанных в Трудовом кодексе РФ, имеют право на «страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей» [1]. При этом в настоящее время механизм страхования профессиональной деятельности медицинских работников в России не проработан на законодательном уровне и фактически отсутствует в современном мировом понятии.

По мнению известнейшего отечественного специалиста в области общественного здоровья и организации здравоохранения академика РАМН Ю. П. Лисицына, происходит замалчивание в этических и юридических документах прав врачей и медицинских работников [7, с. 24-26].

Таким образом, единственно возможной защитой врача могут служить только высокое качество работы и правовой грамотности, а также правильно оформленная документация. Поверхностный анализ современной отечественной литературы по данному вопросу свидетельствует о значительном преобладании материалов, посвященных правам пациентов и способам их защиты. Среди работ, посвященных правовому статусу медицинских работников, большая часть авторов изучает проблемы защиты прав пациентов [2, с. 127].

При исследовании основ правового регулирования медицинской деятельности отмечаются обстоятельства, определяющие неравенство правового статуса пациентов и медицинских работников:

- социальное предназначение части системы обеспечения населения медицинской помощью, которая реализуется в медицинских учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения;
- отношение к пациенту как к субъекту медицинских правоотношений, состояние здоровья которого обуславливает его более уязвимое положение, как с точки зрения общесоциальных, так и с точки зрения медико-правовых взаимоотношений;
- субъективное право пациента при получении медицинской помощи сводится к обеспечиваемой государством возможности удовлетворять те потребности, которые предусмотрены нормами объективного права;
- юридическая обязанность медицинских работников заключается в совершении активных действий, направленных на пользу субъектов медико-правовых отношений, получающих медицинскую помощь, и, в этой связи, является мерой должного, необходимого поведения.

Также многие руководители убеждены, что в хорошо организованном учреждении может работать врач с даже не очень высокой квалификацией и что он в хороших условиях

обязательно будет работать хорошо. Зачастую поэтому отдается предпочтение использованию технологий организации деятельности медицинского учреждения, позволяющим создавать и поддерживать эту иллюзию.

Широко обсуждаемая в профессиональном обществе, планирующаяся к внедрению стандартизация методов лечения по западному образцу с целью улучшения качества оказания медицинской помощи преподносится в том числе и как один из вариантов увеличения юридической защищенности медицинского персонала от недовольства пациентов оказанием этой помощи, имеет неоднозначный смысл. В таком варианте, с одной стороны, стандартизируется, а с другой, возможно, и может занижаться уровень оказания помощи с целью гарантированного выполнения стандарта, обезличивается роль врача сведением к уровню исполнителя [4, с. 176-196].

Таким образом, правовое регулирование в существующем виде как таковой медицинской деятельности врачебного персонала в частности имеет определенные признаки некоторой «дискриминации» прав последних, в силу предъявления требований высокого уровня социальной ответственности представителям профессии перед обществом как представителям государства. При этом само государство в настоящее время не может обеспечить тот социально-экономический уровень жизни медицинским работникам, какой создало для определенных категорий государственных служащих. Существует определенный диссонанс между высокопарными словами о важной роли в жизни общества и государства медицинских работников и реалиями жизни, а зачастую и условиями работы. Это обуславливает значительную социальную напряженность в профессиональной среде, снижает престиж профессии, создает условия для коррупционных проявлений [6, с. 9-11].

Известно, что медицинская деятельность относится к той сфере общественной жизни, которая регулируется в нашей стране как правом, так и, в определенных моментах, моралью и обычаями. В целом, характерными чертами правовых отношений в медицинской сфере являются:

- многообразие субъектов медико-правовых отношений и связанная с этим затрудненность их классификации, что имеет не столько теоретико-правовое, сколько практическое значение для организации, управления и планирования обеспечения населения медицинской помощью;
- содержание возникающих правовых отношений преимущественно сводится к ярко выраженному преобладанию прав у пациентов и обязанностей у медицинских работников;
- гарантиями упорядоченности данных правовых отношений в обществе выступает государство за счет создания в необходимом объеме системы жесткого регулирования;
- совершенствование правового регулирования должно способствовать, в равной степени, усилению защищенности всех субъектов правовых отношений [5, с. 35-38].

В этих обстоятельствах весьма существенным представляется необходимость модернизации также отношений врача и пациента.

В настоящее время отношения врача и пациента существуют в рамках, определяющих деятельность медицинских учреждений, например: медицинская помощь в амбулаторно-поликлиническом звене оказывается по участково-территориальному принципу, и выбор врача, провозглашенный в законодательстве, по сути, не используется. В отдельных случаях в соответствии с установленными правилами, по решению главного врача, пациент может быть прикреплен к другому участковому врачу, что создаст проблемы для всех (удаленность, число прикрепленных пациентов и проч.), так как многие права пациента, установленные соответствующими нормативными правовыми актами, зачастую имеют декларативный характер и не обеспечены материально-технической базой лечебных учреждений.

В сегодняшнее время, в условиях многолетнего, жесткого государственного регулирования деятельности по оказанию медицинской помощи, достаточно сложно

восстановить и регламентировать взаимоотношения врача и пациента до требуемого уровня «терапевтического взаимодействия». И проблема будет не только в нормативном регулировании этих отношений, но и в том, насколько современные врачи и пациенты готовы к новым отношениям.

Для организации современных цивилизованных отношений между пациентом и врачом должны быть установлены гражданско-правовые отношения. Такие же отношения должны быть между пациентом и страховой медицинской организацией, а также между врачом и страховой медицинской организацией [3, с. 37-39].

Очевидно, что при таком взаимодействии пациента и врача изменяется форма выполнения задач медицинской организации, а врач становится участником гражданско-правовых отношений, приобретает возможность страхования профессиональной ответственности. Изменяются и отношения врача и медицинской организации [8, с. 38].

Вместе с тем отношения врача и пациента возможны только тогда, когда для модернизации здравоохранения будет сделан выбор в пользу модернизации медицинской деятельности.

Список литературы

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016 г) // СПС «КонсультантПлюс».

Акопов В. И. Медицинское право: современное здравоохранение и право граждан на охрану здоровья. – Ростов н/Д. : Феникс, 2012.

Михайлов В. И. Взаимодействие страховых медицинских организаций и медицинских учреждений в аспекте финансово-правового регулирования // Социальное и пенсионное право. – 2012. – № 3. – С. 37-39.

Пищита А. Н. Правовое регулирование медицинской деятельности в современной России: теоретико-правовые аспекты. – М. : ЦКБ РАН, 2008. – 196 с.

Салыгина Е. С. Проблема правового регулирования результата медицинских услуг и ответственности за его недостижение // Медицинское право. – 2012. – № 6 (46). – С. 35- 38.

Ситдикова Л. Б. Гражданско-правовая ответственность в сфере оказания медицинских услуг // Медицинское право. – 2012. – № 3 (43). – С. 9-11.

Стеценко С. Г., Гончаров Н. Г., Стеценко В. Ю., Пищита А. Н. Медицинское право. Учебник для юридических и медицинских вузов / отв. ред. д.м.н., д.ю.н. А. Н. Пищита. – 2-е изд., доп. и перераб. – М. : РМАПО, 2011. – С. 24-26.

Эхте К. А., Дербенев Д. П., Крячкова О. В. Права и обязанности медицинских работников: учеб. пособие. – Тверь : ТГМА, 2011.