

Медицинское право

- Отечественное здравоохранение, с точки зрения его законодательного обеспечения, обладает рядом позитивных характеристик, основной из которых является, возросшая законотворческая активность.



- "С формированием, на постоянной основе, Российского парламента в 90-х годах XX века начался заметный рост законодательной деятельности и активная эволюция законодательства, в том числе и в области здравоохранения"

- Действительно, с начала 90-х годов прошлого века законодательным органом Российской Федерации принято более двух десятков федеральных законов, посвященных различным аспектам медицинской деятельности, важнейшими из которых, являются:

- - Закон РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" от 28 июня 1991 года;
- - Закон РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 02 июля 1992 года;
- - Закон РФ "О трансплантации органов и (или) тканей человека" от 22 декабря 1992 года;
- - Закон РФ "О донорстве крови и ее компонентов" от 09 июня 1993 года;
- - Закон РФ "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" 22 июля 1993 года;

- - Закон РФ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" от 30 марта 1995 года;
- - Закон РФ "О наркотических средствах и психотропных веществах" от 08 января 1998 года;
- - Закон РФ "О лекарственных средствах" от 22 июня 1998 года;

- - Закон РФ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" от 17 сентября 1998 года;
- - Закон РФ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" от 30 марта 1999 года;
- - Закон РФ "О предупреждении распространения туберкулеза в РФ" от 18 июня 2001 года и др.

- Несмотря на положительные тенденции, нельзя не отметить возникшие проблемы, которые не позволяют считать отечественную нормативно-правовую базу здравоохранения оптимальной, соответствующей требованиям международных договоров и соглашений в области защиты прав человека и регламентации деятельности медицинских работников.

- К основным организационно-правовым проблемам совершенствования нормативно-правового обеспечения медицинской деятельности могут быть отнесены:
- - отсутствие продуманной, научно обоснованной концепции совершенствования и развития юридической регламентации сферы охраны здоровья населения;

- - несовершенство действующих законов о здравоохранении, многие из которых появились до принятия Конституции РФ от 1993 года, новых редакций Уголовного и Гражданского и других кодексов РФ;
- - развитие новых высокотехнологичных отраслей здравоохранения, регулируемых подзаконными ведомственными нормативно-правовыми актами;

- - декларативность некоторых важнейших положений медицинского законодательства, зачастую, не подкрепленных действенными механизмами реализации;
- - наличие законодательных коллизий (например, регулирование процедуры посмертного забора органов и тканей для трансплантации);
- - определенные противоречия федерального и регионального законодательств по вопросам охраны здоровья граждан*(6).

- В качестве основной тенденции законотворческого процесса современной России, необходимо отметить интеграцию России в мировое демократическое сообщество, в том числе и в сфере охраны здоровья. Конституция РФ, принятая в 1993 году, имеет высшую юридическую силу. Ряд положений ее касается непосредственно вопросов охраны здоровья граждан РФ:
- - об охране здоровья людей, обеспечении государственной поддержки семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых людей (п. 2. ст. 7);

- - о запрете проведения медицинских опытов без предварительного добровольного согласия испытуемых (п. 2 ст. 21);
- - о праве граждан на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены (п. 3 ст. 41);
- - о праве граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь (ст. 41);
- - о праве на благоприятную окружающую среду и возмещение ущерба, причиненного здоровью

- Нельзя сказать, что статья 41 Конституции РФ полностью соответствует положениям статьи 12 Международного пакта "Об экономических социальных и культурных правах" от 16.12.66 года, которая провозгласила право каждого гражданина на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

- Тем более, что из определения Международного пакта не совсем понятно, какой уровень здоровья следует оценивать, как наивысший: мировой, государственный или региональный.

- Тем не менее, указанная статья Конституции РФ вполне соответствует положениям Всеобщей декларации прав человека, принятой резолюцией 217 А Генеральной Ассамблеи ООН 10 декабря 1948 года, в статье 25 которой указано:

"Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая... медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его членов семьи"* (7).

- Кроме того, указанные выше положения статьи 21 Конституции РФ, в действующей редакции, уже вполне соответствует положениям: Нюрнбергского кодекса от 1947 года, Декларации о принципах проведения научных исследований с участием человека в качестве объекта от 25 июня 1964 года, Конвенции о правах человека и биомедицине от 4 апреля 1997 года; требующим обязательного предварительного согласия на медицинское вмешательство лиц, вовлеченных в медицинские исследования при условии их адекватного информирования о целях, задачах и рисках проводимого исследования*(8).

- Положения статьи 21 Конституции РФ более детально регламентированы в Законе РФ "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" от 22 июля 1993 года, в Законе РФ "О лекарственных средствах" от 22 июня 1998 года, Приказе Министерства здравоохранения РФ "О порядке принятия решения о проведении клинических исследований лекарственных средств" N 103, от 24.03.2000 года и других федеральных и ведомственных нормативно-правовых документах.

- Однако, прогрессивное российское законодательство еще не в достаточной степени способствует повышению уровня здоровья населения.

- В.И. Акопов считает, что главная причина этого в неисполнении принятых законов. "Следует отметить, что и в настоящее время довольно распространенный правовой нигилизм противопоставляется строгому подчинению закону, как стесняющему полную свободу"* (9).

- Подобное отношение к законам свойственно всем субъектам медицинских правоотношений: пациентам, которые проявляют недостаточную активность в защите своих законных интересов, и медицинским работникам, которые не спешат подчиняться законам, регламентирующим их профессиональные обязанности.

- В числе основных проблем современной законодательной регламентации медицинской деятельности в России могут быть отмечены следующие.
- 1. Недостаточное внимание законодателя к проблемам правовой регламентации медицинской деятельности, которое выражается в следующих формах.

- а) Недостаточное выделение финансовых средств из бюджета на охрану здоровья граждан. Объем финансирования здравоохранения в процентах от валового внутреннего продукта на душу населения во второй половине 90-х годов в Российской Федерации составлял около 3%, в то время, как в США - 13,5% от ВВП; в Канаде - 10,3%; в Швеции - 9%, в Германии - 9,5%, в Финляндии и Франции - по 9,4%,.

- Проблемы финансирования крайне актуальны в России вообще и в здравоохранении в частности. "Исследования ВОЗ показывают, что, если на здравоохранение тратится около 5% от ВВП, это дает возможность лишь сохранить отрасль на прежнем уровне"*(10). Для обеспечения населения качественной медицинской помощью государство должно финансировать здравоохранение в объеме не менее 6-8% от ВВП.



- Вместе с тем, прямой зависимости между качеством медицинской помощи и уровнем финансирования не отмечается.

- Например, здравоохранение Великобритании обеспечивает поддержание основных показателей здоровья населения на аналогичном, а по некоторым показателям и на более высоком уровне, по сравнению с США, а доля расходов на здравоохранение (7,1% от ВВП), при этом, почти в два раза ниже*(11).

- Поэтому, помимо адекватного финансирования, необходимо еще придерживаться принципа рационального использования выделенных средств, что также требует четкой нормативно-правовой регламентации.

- Недостаточное финансирование здравоохранения свойственно практически всем историческим периодам развития России. Регулирование доступа населения к медицинской помощи может осуществляться не только с помощью финансовых, но также и организационных, медицинских и социальных механизмов.

- Например, квотирование высокотехнологичных медицинских вмешательств, благодаря которому медицинскую помощь получают не все нуждающиеся в ней пациенты, а только те, лечение которых может оплатить государство из своих скудных бюджетных средств или те, кто в состоянии самостоятельно оплатить эту помощь.

- В Англии NHS требует от врачей исчерпывающего выполнения обязательств перед больным, но одновременно, требует учитывать экономические аспекты лечения.

- В соответствии с законодательством РФ, пациенту должна быть оказана вся необходимая медицинская помощь, но одновременно с этим финансирование этой помощи осуществляется в ограниченных объемах

- . В частности, согласно статье 30 Закона РФ "Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан",
- пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством.

- Однако в этом же пункте законодатель уточняет: "...доступными способами и средствами". Заметим не эффективными, необходимыми, а всего лишь доступными, исходя из финансовых возможностей медицинского учреждения, лекарственными или другими средствами.

- Ограничение медицинской помощи может быть связано с такими показателями, как тяжесть состояния, сопутствующие заболевания, возраст, которые оказывают существенное влияние на результаты выполнения медицинского вмешательства.

- Например, страховые компании Великобритании не оплачивают протезирование пациентам старше 65 лет, а в голландской университетской клинике в конце календарного года вынуждены отказать в приеме больным лейкемией, из-за ограниченности финансовых средств*(12).

- В Новой Зеландии получил широкую огласку случай отказа в гемодиализе пожилому пациенту, страдавшему выраженной деменцией. Примечательно, что суд признал справедливым "ограничение оказания медицинской помощи в пределах доступных ресурсов"*(13).

- Еще одним вариантом организационного механизма ограничения медицинской помощи для населения является бюрократическая волокита.

. Пока нуждающийся в помощи пациент пройдет все многочисленные комиссии и соберет все необходимые документы, вполне вероятно, что вмешательство и не потребуется в связи со смертью этого больного. И это уже воспринимается гражданами как должное

- Реальным переломом сложившейся ситуации в России стала реализация приоритетных национальных проектов в сфере здравоохранения. Увеличение финансирования высокотехнологичной медицинской помощи в 2006 году на 57% привело к увеличению объема оказания этой помощи населению на 30%.

В перспективе,
увеличение
финансирования
высокотехнологичной
медицинской помощи
почти в 2 раза позволит
увеличить объем
оказываемой
медицинской помощи на
30-40%.

- Необходимо отметить, что линейной зависимости между финансированием и объемом медицинской помощи быть не может, поскольку:
 - - вложения в техническое оснащение медицинских учреждений требуют времени на обучение персонала, освоение новых методов диагностики, лечения, реабилитации;
 - - значительная часть выделенных финансовых средств направлена на строительство новых современных медицинских центров, которые начнут функционировать через 1-2 года;
 - - сроки окупаемости больших проектов здравоохранения исчисляются, как правило, десятью и более годами.

- За 2006-2007 годы планируется оказать высокотехнологичную медицинскую помощь 298000 нуждающимся пациентам. К 2008 году планируется в 4 раза увеличить объем выполнения высокотехнологичных медицинских вмешательств.



- б) Недооценка приоритетности формирования законодательной базы в сфере здравоохранения. Ряд законопроектов в сфере медицинской деятельности, которые в свое время считались "практически принятыми", до сих пор находятся на различных стадиях законотворческого процесса.

Подобные тенденции прослеживаются и в процессе реализации приоритетных национальных проектов. Принятые законы, как правило, направлены на регламентирование финансовых, но не правовых вопросов национального проекта в здравоохранении.

- Справедливости ради, необходимо отметить, что принятие федерального нормативно-правового акта - это процесс длительный, кропотливый, сопряженный с многочисленными согласованиями и утверждениями. Причинами, по которым не рационально заниматься вопросами совершенствования законодательной базы отечественного здравоохранения именно сейчас, следующие:



- - законотворческий процесс существенно затормозит реализацию национальных проектов, в том числе и в здравоохранении;
- - на современном этапе накоплен недостаточный практический опыт правовой регламентации значительных национальных проектов в сфере здравоохранения.

- Законотворческая деятельность по совершенствованию правового обеспечения в сфере здравоохранения, вообще, и медицинской деятельности, в частности, предполагает следующие этапы практической реализации:

- - накопление практического опыта работы в условиях действующей нормативно-правовой базой здравоохранения;
- - медико-правовой анализ нормативных несоответствий, неточностей, или недостаточности правового регламента конкретных вопросов функционирования учреждений практического здравоохранения;
- - формулировка четких выводов по конкретным правовым коллизиям;
- - выработка рекомендаций по совершенствованию конкретных положений нормативных актов и подготовка четких формулировок новых положений или уточнение формулировок уже действующих положений федеральных или региональных законодательных актов.
-

- Именно поэтому законотворческая деятельность, как этап законодательного утверждения перспектив реализации приоритетных национальных проектов, позволяющий закрепить основные направления дальнейшего развития государственной политики в социальной сфере, и был отложен на более поздние сроки.

- 2. Неустойчивость основных социально-экономических показателей Российской Федерации, свойственная 90-м годам прошлого века, уже не может служить аргументом в современных условиях, поскольку в последние годы достигнута не только стабилизация, но отмечен устойчивый рост экономики Российской Федерации.

Это, в свою очередь, влияет на социальную стабильность в стране, показателями которой служат: снижение смертности населения на 17% и, пусть не значительное, но, все же, повышение рождаемости*(14).

- 3. Разобщенность между представителями правовой и медицинской науки по проблемам формирования адекватной нормативно-правовой базы здравоохранения.

Иными словами,
медицинский работник
знает - что необходимо
делать, но не знает - как
это, в рамках
действующего
законодательства
легитимно осуществлять;
а юрист знает - как это
должно легитимно
реализовываться, но не
знает - что необходимо
делать.

- В этой ситуации необходимо взаимодействие специалистов этих отраслей для выработки медико-правовых стандартов оказания медицинской помощи.

- Действующие сегодня в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) медико-экономические стандарты (МЭС) оказания медицинской помощи являются, в большей степени, регуляторами финансирования медицинских учреждений, но не обеспечивают защиту прав пациентов и регламентацию профессиональной деятельности медицинских работников.

- 4. Декларативность ряда правовых норм. В частности, положения статьи 41 Конституции РФ о бесплатности медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения вызывают обоснованные сомнения.

- Постановление Правительства РФ "Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью" от 11 сентября 1998 года в определенной степени ограничивают виды и объемы медицинской помощи, предоставляемых населению бесплатно.
- Этот нормативно-правовой документ, по своей сути, противоречит Конституции РФ.

- Кроме того, амбулаторно-поликлиническое лечение осуществляется за счет граждан, поскольку приобретаемые в аптеках медикаменты оплачиваются ими самостоятельно. Следовательно, все виды амбулаторного лечения являются для граждан платными.

- В этой связи, положения ч. 1 статьи 41 Конституции РФ (о бесплатности медицинской помощи) не соответствуют реальному положению дел в сфере обеспечения населения бесплатной медицинской помощью даже в государственных и муниципальных медицинских учреждениях.

- Следует отметить, что реализация приоритетных национальных проектов в социальной сфере значительно укрепила позиции сторонников государственного финансирования сферы здравоохранения.

- Именно реализация этих проектов в очередной раз доказала, что исключительно государственное финансовое обеспечение и жесткое правовое регулирование сферы здравоохранения позволяет наиболее эффективно решать вопросы охраны здоровья населения и демографические проблемы.

- Именно государственная политика Китая, в конце прошлого века, по сокращению рождаемости привела к сегодняшней ситуации, когда резкое снижение рождаемости поставило Китай перед демографической катастрофой уже в ближайшем будущем, что может повлечь за собой:
 - - снижение роста промышленности,
 - - сокращение прироста ВВП и

- - сокращение работающего населения, что приведет к ситуации, когда на одного работающего гражданина будет приходиться два гражданина пенсионного возраста.

- В то время, как для нормального функционирования системы пенсионного обеспечения необходимо, как минимум, чтобы на 3-х работающих граждан приходилось не более 2-х граждан пенсионного возраста.
- Эта проблема актуальна и для Российской Федерации.

- Что касается положения лиц, страдающих психическими расстройствами, то в докладе Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации "О соблюдении прав граждан, страдающих психическими расстройствами" было выражено мнение о том, что основополагающая идея Закона РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" - равноправие лиц, страдающих психическими расстройствами со всеми остальными гражданами за семь лет не реализована*(15).

- По мнению М.Н. Малеиной, в Законе РФ "Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан" от 1993 года отсутствует перечень оснований и условий возникновения ответственности, способов и формы ее несения*(16).

5. Недостаточный учет примеров выработки конструктивного правового регламента здравоохранения в истории нашей страны, заслуживающих внимания в качестве примеров должного и адекватного юридического обеспечения медицинской деятельности

(централизация управления здравоохранением в России при Петре Великом, создание земской медицины в Российской Империи, эффективная профилактическая деятельность государственного здравоохранения Союза ССР и др.)*(17).