

Кудрявцева Т.А. Правовое регулирование в сфере здравоохранения // Академия педагогических идей «Новация». Серия: Студенческий научный вестник. – 2019. – №2 (февраль). – АРТ 148-эл. – 0,3 п.л. - URL: <http://akademnova.ru/page/875550>

РУБРИКА: ГОСУДАРСТВЕННОЕ И МУНИЦИПАЛЬНОЕ УПРАВЛЕНИЕ

УДК 614

Кудрявцева Татьяна Андреевна
Магистрант 1 курса, направление подготовки 38.04.04
Государственное и муниципальное управление
ФГАОУ ВО «Северный (Арктический) Федеральный Университет
им. М.В. Ломоносова»
г. Архангельск, Российская Федерация
e-mail: tatiana.an.kudryavtseva@yandex.ru

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация: в данной статье исследовано право на здоровье, рассмотрены правовые основы здравоохранения, а также выделены ключевые особенности и проблемы государственного управления и правового регулирования сферы здравоохранения.

Ключевые слова: здоровье, здравоохранение, право.

Kudryavtseva Tatyana Andreevna
Master of 1 course, direction of training 38.04.04
State and Municipal Administration
Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education
"Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov"
Arkhangelsk, Russian Federation
e-mail: tatiana.an.kudryavtseva@yandex.ru

LEGAL REGULATION IN THE SPHERE OF HEALTH

Annotation: this article examines the right to health, discusses the legal basis of health care, and highlights key features and problems of public administration and legal regulation of the health sector.

Keywords: health, healthcare, law.

Проблеме защиты прав граждан на здоровье в последние десятилетия привлекают все большее внимание ученых, что отвечает потребностям развития современного общества. Между тем, дискуссионными остаются вопросы в сфере именно защиты права на здоровье граждан. От общетеоретических вопросов определения доктринального понятия «право на здоровье», определения места права на охрану здоровья в системе прав и свобод человека и гражданина, соотношения понятий «охрана права на здоровье» и «защита прав на здоровье» до практической реализации данного права и его защиты.

Конституция ВОЗ предусматривает «... наивысший достижимый уровень здоровья как основное право каждого человека» [3].

Право на здоровье включает доступ к соответствующим, доступным и соответствующим качественным медицинским услугам.

Однако из-за медицинских расходов ежегодно 100 миллионов человек во всем мире ниже черты бедности.

Как правило, хрупкие и маргинализованные социальные группы имеют непропорциональную долю проблем со здоровьем.

«Право на наивысший достижимый уровень здоровья» требует набора социальных стандартов, которые способствуют универсальному здоровью, включая предоставление медицинских услуг, безопасные условия труда,

достаточное жилище и хорошее питание. Осуществление права на здоровье тесно связано с другими правами человека, включая право на питание, жилье, работу, образование, недискриминацию, доступ к информации и участие.

Право на здоровье включает свободу и права.

Свобода означает право контролировать здоровье и тело человека (например, сексуальные и репродуктивные права) и невмешательство (например, запрещение пыток и запрещение людям, которые не имеют добровольного согласия на получение медицинской помощи и экспериментов).

Права включают право на систему здравоохранения, которая обеспечивает каждому равные возможности для достижения наивысшего достижимого уровня здоровья.

Политика и программы в области здравоохранения могут способствовать соблюдению прав человека и нарушений прав человека, в том числе права на здоровье, в зависимости от того, как они формулируются и осуществляются. Принятие мер, направленных на соблюдение и защиту прав человека, помогает сектору здравоохранения выполнять свое обязательство поддерживать здоровье всех.

В настоящее время в системе здравоохранения Российской Федерации существуют две экономические формы, которые предоставляют медицинские услуги гражданам. Первое бесплатное, за счет всех бюджетов, обязательное медицинское страхование и другие доходы. Второе - платить, жертвовать гражданами, предприятиями и другими источниками. В соответствии с Конституцией Российской Федерации (пункт 1 статьи 41) в Российской Федерации медицинские услуги государственных и муниципальных медицинских учреждений предоставляются гражданам

бесплатно, с соответствующими бюджетами, страховыми взносами и прочим доходом [1]. Следует также подчеркнуть, что платные услуги, предоставляемые государственными и муниципальными медицинскими учреждениями (по экспертным оценкам), составляют около 30% общей медицинской помощи. В последние годы платные услуги были похожи на лавины, неуправляемый рост и начали частично заменять медицинские услуги, предоставляемые Национальной системой гарантий.

В РФ выделяют три системы здравоохранения:

- 1) государственную;
- 2) муниципальную;
- 3) частную.

К государственной системе здравоохранения относятся федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения, Российская академия медицинских наук, а также находящиеся в государственной собственности лечебно-профилактические, научно-исследовательские, образовательные, аптечные, санитарно-профилактические учреждения и некоторые другие предприятия, учреждения, организации.

К муниципальной системе здравоохранения относятся органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения, и находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации.

К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью.

Система здравоохранения в России существует на основании ряда законодательных актов, призванных обеспечить ее целостность, комплексность и качество стандартов оказания медицинской помощи [6]. Система законодательства Российской Федерации, которая действует в настоящее время в сфере здравоохранения, включает в себя ряд нормативно-правовых документов, различающиеся между собой по сфере их применения и по юридической силе в зависимости от органов государственной власти, их принявших [5, с. 192]. Возглавляет эту систему Конституция Российской Федерации, принятая всенародным голосованием 12 декабря 1993 года. Ее вторая глава (ст. 17-64) формирует ряд принципиальных положений: о праве на жизнь (ст. 20); о защите государством материнства, детства и семьи (ст. 38): об охране достоинства личности государством, о недопустимости подвергаться унижающему человеческое достоинство обращению, медицинским, научным или иным опытам без добровольного согласия (ст. 21); о праве на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь (ст. 41); о гарантиях социального обеспечения по возрасту, в случае болезни и инвалидности (ст. 39); о праве на благоприятную окружающую среду и о возмещении ущерба, причиненного здоровью человека экологическим правонарушением (ст. 42) [1].

Также стоит отметить, что согласно Конституции РФ здравоохранение относится к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Согласно ч. 2 ст. 76 Конституции РФ на федеральном уровне по предметам совместного ведения издаются федеральные законы, в соответствии с которыми субъектами Федерации принимаются законы и иные НПА, например, органов исполнительной

власти. [1] Последние должны соответствовать не только федеральному, но и региональному законодательству [9, с. 192].

Кроме того. Конституция Российской Федерации подчеркивает значимость норм международного права. Согласно ч.4 ст. 15 общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором РФ установлены другие правила, чем те, которые предусмотрены законом, тогда применяются правила из международного договора [1].

Исходя из этого, можно сделать вывод, что система здравоохранения в Российской Федерации должна строиться в строгом соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права с учетом рекомендаций международных организаций, таких как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и т.д.

Существование государственного управления здравоохранением в России обусловлено признанием человека, его жизни и здоровья высшими первичными ценностями, относительно которых определяются другие ценности и блага всего общества. Поэтому управление здравоохранением является комплексной задачей всего общества, в реализации которой принимают участие множество секторов народного хозяйства и структур управления (от федеральных до местных органов самоуправления) [4].

Можно выделить следующие наиболее актуальные проблемы регионов, влияющие на качество жизни:

- высокий уровень дифференциации доходов населения;
- низкий уровень благоустройства жилищного фонда;
- слаборазвитая социальная инфраструктура;

- низкий уровень обеспеченности населения основными материальными благами;
- низкий уровень поддержки МСП и высокий уровень административных барьеров;
- неразвитая транспортная система регионов;
- высокий уровень загрязнения окружающей природной среды (в особенности в регионах-лидерах);
- низкая миграционная привлекательность регионов.

Перечисленные проблемы необходимо решать комплексно, так как методология оценки качества жизни построена на основе корреляционного анализа, где прослеживается исключительно сильная связь между показателями блоков, а это дает основание полагать, что даже малейшая ошибка может привести к существенному ухудшению общего уровня качества жизни за счет снижения показателей других блоков.

Перечисленные проблемы необходимо решать комплексно, так как методология оценки качества жизни построена на основе корреляционного анализа, где прослеживается исключительно сильная связь между показателями блоков, а это дает основание полагать, что даже малейшая ошибка может привести к существенному ухудшению общего уровня качества жизни за счет снижения показателей других блоков [3].

Модернизированная методика расчета качества жизни может стать основой для модели оценки деятельности госслужащих. Важным остается другой вопрос, поощрение «эффективной» деятельности госслужащих. Поэтому первоочередной задачей на будущее время должна стать разработка единой системы стимулирования деятельности госслужащих и ее непосредственная интеграция в методику оценки качества жизни. Только благодаря данным действиям, возможно, повысить уровень эффективности

деятельности государственных служащих и существенно улучшить социально-экономическое состояния субъектов.

Должно контролироваться качество:

- услуг (деятельности профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, удовлетворяющей потребности населения в разных видах МП);
- предметов медицинского назначения (лекарств, перевязочных средств, оборудования, различных приспособлений и т.д.);
- медицинской информации (медицинской литературы, разные информационно-поисковых систем, новых методов, методик, идей и т.д.);
- специалистов;
- учреждений медицины и др.

Контроль качества является системой мер оперативного характера, которая позволяет давать оценку выполнения основных компонентов КМП. Определение уровня КМП выстраивается на сопоставлении существующих протоколов (стандартов) ведения пациентов с достигнутыми результатами.

Используются разные средства и методы контроля КМП - это модели конечных результатов, экспертная оценка качества, медицинские стандарты и др.[2].

Механизм контроля КМП сложный и включает следующий набор процедур:

- лицензирования видов деятельности, осуществляемых в сфере здравоохранения (фармацевтической, медицинской);
- аккредитации учреждений медицины;
- аттестации медицинских работников;

- сертификации лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники;
- лицензирования, аттестации и аккредитации образовательных медицинских учреждений и др.

С целью увеличения доступности медицинской помощи трудящемуся населению организовывались здравпункты, которые имели возможность вступать либо в состав индустриального предприятия, либо иметь отношение к структуре МСЧ, либо территориальной поликлиники. Здравпункты распределяются на:

- медицинские (возглавляет врач), которые организуются на индустриальных предприятиях с количеством сотрудников не меньше 1200 на каждом из них либо на некоторых рядом находящихся, к которым не применяются нормативы медицинских работников цеховых медицинских участков и которые размещены на расстоянии более 4 километров от других поликлиник, амбулаторий и медицинских здравпунктов;
- фельдшерские (возглавляет фельдшер либо медицинская сестра), которые организуются на индустриальных предприятиях с количеством сотрудников не меньше 500.

Как известно, вся система здравоохранения в РФ строится на основе точной согласованности с международными нормами о правах человека с учетом советов международных организаций, в том числе Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Организацией Объединенных Наций по образованию, науке и культуре (ЮНЕСКО), ВТО (Всемирная торговая организация) и других.

Задачи превращения России в глобального лидера мировой экономики, выхода на уровень развитых стран по показателям социального благосостояния диктуют новые требования к системе здравоохранения. С

одной стороны, растет ценность здоровья в системе приоритетов общества, возникают новые медицинские и социальные технологии, связанные с изменениями в демографической структуре населения. С другой - благодаря развитию медицинских технологий существенно повышаются возможности реально влиять на показатели здоровья населения, о чем свидетельствуют значительные успехи в борьбе с наиболее опасными для жизни заболеваниями, достигнутые в развитых странах.

Идеальной модели здравоохранения не существует, и не может существовать. Любую систему здравоохранения нужно рассматривать в прямой связи с особенностями развития и функционирования отдельно взятой страны. Достоинства и недостатки каждой конкретной модели определяются с помощью комбинации различных факторов. По данным Всемирной организации здравоохранения, Россия находится на 130-м месте по поддержке государством здравоохранения. По данным социологических обследований, в настоящее время примерно 60% всех расходов в стране на медицину производится за счет различных государственных источников и примерно 40 % составляют расходы граждан. То есть в реальной жизни, когда государство не в состоянии оплатить лечение в полном объеме, пациент, чтобы получить качественную помощь, вынужден доплачивать сам. Здоровье нации как одна из важнейших сфер, определяющих качество жизни граждан, вошло в число приоритетных направлений социально-экономической политики российского Правительства.

В современных условиях финансирование отечественного здравоохранения требует тщательного переосмысления с позиции дополнительного привлечения финансовых средств и их эффективного использования. Неофициальные платежи населения не могут рассматриваться, как жизнеспособное решение данной проблемы.

Здравоохранение занимает исключительное место в социально ориентированной рыночной экономике, поскольку именно здесь производятся медицинские услуги. Более полному вовлечению здравоохранения в экономический оборот способствует функционирование последнего на основе рыночных отношений. Нужно создать конкуренцию между учреждениями, оказываемыми медицинскими услугами это позволит улучшить качество лечения.

Каждый работник расценивается с учётом вероятных рисков согласно формированию разных болезней. На основе наложенного профиля разрабатывается персональный план лечения либо профилактических операций. Как принцип, с помощью модификации образа жизни, корректировки питания, двигательной активности и т.п. возможно существенно уменьшить или даже устранить опасности болезней.

Список использованной литературы:

- 1 Российская Федерация. Конституция (1993). Конституция Российской Федерации [Текст]: офи. текст. - М.: Маркетинг, 2001. - 40 с.
- 2 Иванова А.А. Правовое регулирование государственного управления здравоохранением//Наука Удмуртии. 2016. № 1 (75). С. 62-78.
- 3 Исакова А.С. Международно-правовое регулирование в области здравоохранения//Очерки новейшей камералистики. 2016. Т. 3. С. 70-72.
- 4 Куракин А.В., Полукаров А.В. Правовое регулирование государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения//Административное и муниципальное право. 2016. № 3. С. 234-247.
- 5 Пиктушанская И. Н. Деятельность регионального центра профпатологии в современных условиях / И. Н. Пиктушанская // Медицина труда и пром. экология. – 2012. – № 11. – С. 25 – 30.
- 6 Проект «Здоровье на рабочем месте». Модель социального партнерства в оздоровлении трудового коллектива / К. Р. Амлаев [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2016. – № 3. – С. 20 – 22.

Дата поступления в редакцию: 02.02.2019 г.

Опубликовано: 02.02.2019 г.

© Академия педагогических идей «Новация». Серия «Студенческий научный вестник», электронный журнал, 2019

© Кудрявцева Т.А., 2019