



А.В.Тихомиров

ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ISBN 978-5-903416-27-1



9 785903 416271

Москва, 2012

Некоммерческое партнерство
Информационно-правовой центр
«ЮрИнфоЗдрав»

Библиотека медицинского юриста

А.В. Тихомиров

ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Авторский дайджест



ЮрИнфоЗдрав

Москва, 2012

УДК 614.2 : 330.342.172 (470)

ББК 65.9 (2 Рос)

Т 46

Тихомиров А.В. Законодательная реформа здравоохранения. Авторский дайджест. – М.: НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012. – 78 с.

ISBN 978-5-903416-27-1

Сведения об авторе:

А.В. Тихомиров – адвокат, член Московской областной коллегии адвокатов, доктор медицинских наук, кандидат юридических наук.

Настоящая монография – продолжение комплексного исследования, начатого в 1996 году книгой «Медицинская услуга: Правовые аспекты» и продолженного монографиями «Медицинское право: практическое пособие» (1998), «Организационные начала публичного регулирования рынка медицинских услуг» (2000), «Социально-ориентированная рыночная реформа здравоохранения» (2007).

Книга представлена как сборник авторских работ, в разное время напечатанных в журнале «Главный врач: хозяйство и право» и объединенных смысловым единством.

Для юристов, экономистов и организаторов здравоохранения, практиков и ученых, аспирантов и учащихся вузов, а также для широкой аудитории, интересующихся проблематикой кризиса здравоохранения.

© Тихомиров А.В., 2012

© НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав», 2012

ISBN 978-5-903416-27-1

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Закон «об основах охраны здоровья граждан в российской федерации»: подведение итогов	6
1.1. Изменения в законе об основах	6
1.2. Анализ текста закона об основах	14
Глава 2. Детерминанты медицинской деятельности.....	41
2.1. Детерминанты субъектного состава медицинской деятельности	41
2.2. Детерминанты объектного состава медицинской деятельности ..	46
2.3. Детерминанты правовых оснований осуществления медицинской деятельности.....	54
Обобщение.....	68
Выводы.....	75

ВВЕДЕНИЕ

22 ноября 2011 г. вступил в действие Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Закон Об основах). Инициированный Минздравсоцразвития РФ, он с самого начала вызвал небывалое неприятие обществом. Высшие органы исполнительной и законодательной власти приложили чрезвычайные усилия, чтобы этот закон был принят, несмотря на ожесточенное сопротивление многочисленных социальных групп. Притом что общество большинством сочло законопроект неисправимым, некоторые его противники (в частности, доктор Л.М. Рошаль и возглавляемая им Национальная медицинская палата) подготовили к нему множество поправок, а другие (общественность родителей и инвалидов) организовали ряд акций протеста по всей стране, о чем свидетельствуют многочисленные публикации в СМИ.

Закон, по словам отраслевого министра, содержит нововведения, многие из которых уже существуют в жизни, развивая устаревшие положения предшествующих Основ законодательства об охране здоровья граждан 1993 г. (далее Основ). Вместе с тем, в качестве нововведений им установлены положения, существенно изменяющие парадигму предшествующих Основ, порождая как вопросы правильности выбора формата закона, так и проблемы его способности регулировать отношения в отрасли.

При этом если парадигма Закона Об основах претерпела значимые изменения по сравнению с Основами, то парадигма фактической организации отрасли осталась прежней. И Основы, и Закон Об основах оформляют одну и ту же модель организации здравоохранения. Это — известная с 30-х годов прошлого столетия модель Семашко, сформировавшаяся при прежнем социалистическом устройстве государства и не подвергшаяся сообразной адаптации к радикально изменившимся условиям нового государственного устройства. Иными словами, и прежний, и действующий закон капиталистического государства сохранили оформление социалистической модели организации здравоохранения.

Именно поэтому можно говорить о законодательной реформе, но не об адаптирующей к складывающимся последние два десятилетия условиям другого политического строя реформе отрасли, оформленной соответствующим ее современным потребностям законом.

Очевидно, что законодательная реформа, в отличие от реформы отрасли, не решает накопившихся и продолжающих накапливаться многочисленных проблем и не устраняет препятствий для развития отрасли и для эффективности реализации формирующихся в ней общественных отношений.

О качестве же Закона Об основах можно говорить лишь в сравнении с прежними Основами, но не применительно к улучшениям, которых в отсутствие реальной реформы отрасли быть не может.

ГЛАВА 1. ЗАКОН «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»: ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ

1.1. Изменения в законе об основах¹

1.1.1. Изменения структуры Закона Об основах

Не подвергся переименованию единственный раздел 1 «Общие положения» Основ, став главой 1 Закона Об основах.

Раздел 2 «Компетенция в области охраны здоровья граждан Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы, Санкт-Петербурга и органов местного самоуправления» Основ переименован в главу 3 «Полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья» Закона Об основах; раздел 3 «Организация охраны здоровья граждан в Российской Федерации» — в главу 5 «Организация охраны здоровья»; раздел 7 «Медицинская деятельность по планированию семьи и регулированию репродуктивной функции человека» — в главу 6 «Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья». Такое переименование имеет не более чем значение словесных предпочтений.

Раздел 4 «Права граждан в области охраны здоровья» Основ переименован в главу 4 «Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья» Закона Об основах. Тем самым формальное значение придано обязанностям граждан.

Вместо раздела 8 «Гарантии осуществления медико-социальной помощи гражданам» Основ глава 10 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» Закона Об основах, тем самым внешне переносится акцент с оказания помощи на ее финансирование за счет средств государственной казны.

Раздел 9 «Медицинская экспертиза» Основ переименован в главу 7 «Медицинская экспертиза и медицинское освидетельствование» Закона

1 Тихомиров А.В. Законодательная реформа здравоохранения: подведение итогов // Главный врач: хозяйство и право. – 2012. – № 1. – 13–28 с.

Об основах. Этим придано значение законодательному дополнению понятием медицинского освидетельствования.

Раздел 10 «Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников» Основ переименован в главу 9 «Медицинские работники и фармацевтические работники, медицинские организации» Закона Об основах. Акцент вместо декларации прав перенесен на правовое определение их носителей.

Раздел 12 «Ответственность за причинение вреда здоровью граждан» Основ переименован в главу 13 «Ответственность в сфере охраны здоровья» Закона Об основах. Тем самым продекларировано расширение поля ответственности за пределы сугубо деликтных обязательств.

Статья 2 Основ «Основные принципы охраны здоровья» вынесена в отдельную главу 2 Закона Об основах, которым вместо соответствующих статей также обособлены новые глава 8 «Медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека», глава 11 «Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья», а самостоятельным новшеством является глава 12 «Организация контроля в сфере охраны здоровья».

Исключены:

- раздел 5 «Права отдельных групп населения в области охраны здоровья»;
- раздел 6 «Права граждан при оказании медико-социальной помощи»;
- раздел 11 «Международное сотрудничество».

Из Закона Об основах исключен ряд статей Основ: ст. 4 «Задачи законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»; ст.16 «Комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан»; ст. 26 «Права граждан пожилого возраста»; ст. 27 «Права инвалидов».

Ст. 30. «Права пациента» Основ стала п. 5 ст. 19 «Право на медицинскую помощь» Закона Об основах, ст. 59. «Семейный врач» — ст. 21 «Выбор врача и медицинской организации».

Исключены также: ст. 43 «Порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммуно-

биологических препаратов и дезинфекционных средств и проведения биомедицинских исследований»; ст. 53 «Независимая медицинская экспертиза»; ст. 56 «Право на занятие частной медицинской практикой»; ст. 63 «Социальная и правовая защита медицинских и фармацевтических работников»; ст. 64 «Оплата труда и компенсации»; ст. 65 «Международное сотрудничество в области охраны здоровья граждан», а также ст. 66 «Основания возмещения вреда, причиненного здоровью граждан»; ст. 67 «Возмещение затрат на оказание медицинской помощи гражданам, потерпевшим от противоправных действий»; ст. 69 «Право граждан на обжалование действий государственных органов и должностных лиц, ущемляющих права и свободы граждан в области охраны здоровья».

Не имевшими аналогов новшествами Закона Об основах по сравнению с Основами стали глава 8 «Медицинские мероприятия, осуществляемые в связи со смертью человека» и статьи: 2 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе», 21 «Выбор врача и медицинской организации», 30 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни», 31 «Первая помощь», 32 «Медицинская помощь», 36 «Паллиативная медицинская помощь», 37 «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи», 40 «Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение», 44 «Медицинская помощь гражданам, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями», 48 «Врачебная комиссия и консилиум врачей», 53 «Рождение ребенка», 65 «Медицинское освидетельствование», 68 «Использование тела, органов и тканей умершего человека», 74 «Ограничения, налагаемые на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности», 75 «Урегулирование конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности», 77 «Особенности подготовки медицинских работников и фармацевтических работников», 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», 81 «Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Статьи Основ и Закона Об основах условно можно в зависимости от их содержания распределить на несколько групп.

1. Определяюще-разъясняющие. Это положения, имеющие основополагающее значение для акта правового регулирования. Они

призваны раскрывать содержание и дают характеристику употребляющихся им понятий, детализировать положения общего законодательства, демонстрировать структуру законодательных конструкций. В Основах таких статей 28 (41,2%), в Законе Об основах — 29 (29,6%). Несмотря на абсолютное равенство, произошло относительное сокращение определяюще-разъясняющих статей в 1,4 раза.

2. Медико-организационные. Применительно к акту правового регулирования в сфере охраны здоровья это положения, раскрывающие систему координат ее устройства, фактической организации медицинской деятельности. В Основах таких статей 6 (8,8%), в Законе Об основах — 13 (13,3%), т. е. в два раза больше.
3. Информационно-повестующие. Это декларативные положения, регулятивной ценности которые не имеют, но исправно присутствуют в законодательных актах. В Основах таких статей 34 (50%), в Законе Об основах — 39 (39,8%), т.е. произошло относительное сокращение, несмотря на абсолютное почти равенство.
4. В Законе Об основах появились также предписывающе-обязывающие статьи, которых не было в Основах. Это установления субординационного характера. В Законе Об основах таких 11 статей (11,2%). Больше чем на десятую часть закон увеличился за счет выделенных понуждений. Это статьи: 37 «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи», 74 «Ограничения, налагаемые на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности», 75 «Урегулирование конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности», 77 «Особенности подготовки медицинских работников и фармацевтических работников».
5. Основы были приняты до Закона РФ «Об обязательном медицинском страховании», и потому содержание в них нормы о финансировании здравоохранения было оправданным. Закон Об основах принимался уже после введения в действие нового² закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который устанавливает одноканальное финансирование уч-

2 Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

реждений здравоохранения, и потому нормы о финансировании здравоохранения являются излишними для Закона Об основах. Таких – нерелевантных – статей в Законе Об основах 6 (6,1 %). Это статьи: 82 «Источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья», 83 «Финансовое обеспечение оказания гражданам медицинской помощи и санаторно-курортного лечения», 92 «Ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности», 93 «Сведения о лицах, которые участвуют в оказании медицинских услуг», 94 «Сведения о лицах, которым оказываются медицинские услуги», 97 «Медицинская статистика» - не относящиеся к предмету правового регулирования данным законом.

Таким образом, структура Закона Об основах в целом не подверглась радикальным изменениям. Из него исключено 15 статей Основ, содержание которых не удалено, а в модифицированном виде рассеяно по другим статьям. Одновременно добавлено 19 новых статей (19,4%). При этом в 1,4 раза произошло сокращение числа статей определяюще-разъясняющих при удвоении числа медико-организационных статей.

1.1.2. Изменения объема Закона Об основах

По сравнению с Основами текстовый объем³ Закона Об основах увеличился в 2,1 раза. При этом 15 исключенных из него статей составили пятую часть (20%) объема Основ, и, будь они полностью включены в Закон Об основах, составили бы лишь десятую часть (9,7%) его объема. Увеличение его объема обусловили и 19 новых по сравнению с Основами статей (22,6%). Вырос объем каждой отдельной статьи — по сравнению с Основами он увеличился в Законе Об основах в среднем в 1,4 раза.

Объем определяюще-разъясняющих статей Закона Об основах по сравнению с Основами остался почти прежним (28,2% и 30,0% соответственно), медико-организационных — увеличился в 1,8 раза (13,1% и 7,2% соответственно), информационно-повествующих статей сократился в 1,4 раза (43,7% и 60,8% соответственно). Кроме того, объем Закона Об основах увеличился на 10% за счет предписывающе-обязывающих статей и еще на 5% — за счет нерелевантных статей.

Новшества (17,5% от объема закона) составили статьи определяюще-разъясняющие: 2 «Основные понятия, используемые в настоящем

3 По числу печатных знаков (кроме главы 14. Заключительные положения)

Федеральном законе», 53 «Рождение ребенка», 65 «Медицинское освидетельствование», 68 «Использование тела, органов и тканей умершего человека» — всего 4,8%; медико-организационные: 31 «Первая помощь», 32 «Медицинская помощь», 36 «Паллиативная медицинская помощь», 40 «Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение», 48 «Врачебная комиссия и консилиум врачей» — всего 3,6%; информационно-повествующие: 21 «Выбор врача и медицинской организации», 30 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни», 44 «Медицинская помощь гражданам, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями», 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», 81 «Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» — всего 8,7%.

Прочими новшествами дополнены статьи Закона Об основах, заимствованные из Основ. В общем виде – это следующие установления.

Законом введена недопустимость отказа в оказании помощи (п. 7 ст. 4). Полномочия по организации оказания первой и скорой помощи, ранее возложенные на органы местного самоуправления, закреплены за региональными властями (ст. ст. 15–16). Установлены гарантии лекарственного обеспечения больных с редкими заболеваниями (ст. 44) за счет средств из региональных бюджетов, а также пожертвований, в том числе перечисленных на счета бюджетов регионов.

Закон стремится разграничить оказание платных (ст. 84) и бесплатных (ст. 80), оказываемых по Программе государственных гарантий медицинских услуг. В частности, не может быть платной скорая помощь (п. 2 ст. 11, п. 1 ст. 35). Не подлежат оплате назначение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых, размещение в маломестных палатах пациентов по медицинским или эпидемиологическим показаниям, пребывание в больнице родителя вместе с ребенком до четырех лет, если это обусловлено медицинскими показаниями со стороны ребенка.

Впервые предусмотрено утверждение программы госгарантий бесплатной медицинской помощи для граждан России сроком на три года. Кроме того, закрепляются правовые основы регулирования отношений по трансплантации органов и тканей (ст. 47), повторно утверждается запрет на эвтаназию (ст. 45).

Закон разрешает тестирование школьников на наркотики (ст. 46). Кроме того, официально вводится понятие «неделя тишины» перед проведением аборта (ст. 56): она дается после посещения врача женщине при сроке беременности до 11 недель (при сроке 11–12 недель — «48 часов тишины»). Помимо этого, закон легализует суррогатное материнство (ст. 55) и реформирует систему медицинского образования (ст. 77). В частности, упраздняется интернатура, остается только ординатура, также вводится аккредитация специалистов (ст. 69).

В целом, объем Закона Об основах удвоился за счет увеличения объема каждой отдельной статьи по сравнению с Основами в среднем в 1,4 раза, по преимуществу (1,8 раза) за счет объема медико-организационных статей и на 15% — за счет дополнительных статей, в основном, предписывающе-обязывающих.

1.1.3. Понятийно-частотные изменения в Законе Об основах

В Законе Об основах среди базовых доминируют понятия «врач», «медицинский» (работник, деятельность, помощь и т. д.) и «охрана здоровья», что понятно. Собственно здоровье — вовне привязки к его состоянию, охране и утрате — упомянуто в Законе Об основах, по существу, лишь трижды:

- дано определение (п/п. 1 ст. 2);
- воспроизведено положение Основ о праве на получение информации о состоянии здоровья (п/п. 5 п. 5 ст. 19, ст. 22) и влияющих на него факторах (ст. 23);
- продекларирована возможность возмещения вреда, причиненного здоровью при оказании медицинской помощи (п/п. 9 п. 5 ст. 19, п. 2 ст. 98).

О договоре о возмездном оказании медицинских услуг в Законе Об основах не упомянуто ни разу: речь о международных договорах (ст.ст. 1, 14, 69), о договоре добровольного медицинского страхования (ст. 19), даже о договоре, заключаемом между суррогатной матерью и потенциальными родителями (ст. 55) и договорах при проведении клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий (ст.ст. 69, 74), о договоре, заключаемом между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо

организацией — производителем лекарственных средств и медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья (ст. 77), но только не о договоре, на основании которого оказываются и оплачиваются медицинские услуги.

Понятие «пациент» в законе применено в 93 случаях. Как и в определении термина (п/п. 9 ст. 2), оно используется для обозначения адресата получения медицинской помощи. Нередко употребляется понятие «население» (44), в подавляющем большинстве — «гражданин», «граждане» (258). Понятие «потребитель» используется лишь дважды: в номенклатурном названии организаций здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, отнесенных к государственной системе здравоохранения (п/п. 3 п.3 ст. 29) и в ссылке на Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 года N 2300-I «О защите прав потребителей».

Понятие медицинских услуг в Законе Об основах использовано в 33 случаях, преимущественно в ассоциации с определением «платные». В большинстве случаев законом использовано понятие медицинской помощи.

Понятие государственных (редко - муниципальных) органов в законе употребляется в 194 случаях, из них в 105 (54,1 %) — понятие «уполномоченный федеральный орган исполнительной власти». Понятие контроля использовано в законе в 60, ответственности — в 18, а вреда применительно к последствиям медицинской деятельности — в 5 случаях.

В Основах понятие «врач» использовано в 45 случаях, а «медицинский» — лишь единожды (медицинский контроль ст. 20). Понятие «население» употреблено в 37, «гражданин» — в 256 случаях, т.е. без существенных отличий от Основ. Понятие «потребитель» Основами совсем не было использовано, а понятие «пациент» — употреблено в 15 случаях — в 6,2 раза реже, чем в Законе Об основах. Вероятно, это обусловлено относительным (в 1,8 раза) увеличением объема медико-организационных статей параллельно с двойным увеличением объема самого Закона Об основах.

Одновременно понятие «контроль» используется Основами в 18, «ответственность» — в 28, а «вред» применительно к последствиям меди-

цинской деятельности — в 15 случаях. Иными словами, Законом Об основах придается контролю в 3,3 раза большее, ответственности в 1,6 раза, а вреду — в 3 раза меньшее значение, чем Основами.

Притом что понятие «уполномоченный федеральный орган исполнительной власти» Основами не употреблено ни разу, понятие «орган» (государственный или муниципальный, исполнительной власти, управления здравоохранением) использовано в 41 случае — в 4,7 раза реже, чем Законом Об основах.

Положений статьей, апеллирующих к обязанностям подвластных, в Основах содержится 13, в Законе Об основах — 39, т. е. в 3 раза больше, притом что обязанности власти отнесены к «полномочиям» соответствующих органов.

В целом, при увеличении по сравнению с Основами объема Закона Об основах в два с лишним (2,1) раза частота употребления понятия органов (государственных, исполнительной власти, муниципальных, управления здравоохранением) увеличилась почти в 5 (4,7) раз, из них более чем в половине случаев (54,1%) — это «уполномоченный федеральный орган исполнительной власти». Законом Об основах придается контролю в 3,3 раза большее, ответственности в 1,6 раза, а вреду — в 3 раза меньшее значение, чем Основами. Положений статьей, апеллирующих к обязанностям подвластных, в Законе Об основах в 3 раза больше, чем в Основах, притом что обязанности власти отнесены к «полномочиям» соответствующих органов. Удвоение объема Закона Об основах обусловлено как увеличением объема каждой отдельной статьи в 1,4 раза, так и увеличением в 1,8 раза объема медико-организационных статей, а также за счет предписывающе-обязывающих статей (15%), которых в Основах попросту не было.

1.2. Анализ текста закона об основах

1.2.1. Анализ отправных начал Закона Об основах

Формат основ предполагает наличие пределов этого рамочного закона. Задача основ законодательства — осуществление первичного регулирования общественных отношений, установление норм, являющихся исходными для их развития в последующих законодательных актах. И, если таковыми являлись Основы законодательства об охране здоровья

граждан, то действующий Закон Об основах охраны здоровья граждан не относится к числу основ законодательства, будучи законом о «системе мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи» (п/п. 2 ст. 2). Понятие основ относится не к законодательству, а к предполагаемой определенности и целостности в заданных пределах сохранения качественной специфики предмета правового регулирования.

А охраной здоровья признается система мер различного характера, осуществляемых в единых целях субъектами различающейся деятельности и не совпадающих и/или противоположных интересов. Действительно, публичные органы и их должностные лица осуществляют деятельность с результатом, лишенным товарной формы, а медицинские организации — напротив, с результатом в форме товара (работы, услуги); медицинские организации, предоставляя услуги, имеют интерес в их оплате, а граждане, пациенты — напротив, в получении услуг.

Закон Об основах предметом регулирования определяет отношения, возникающие в сфере охраны здоровья (ст. 1). Какие это отношения по характеру, не уточняется, притом что известно, что предметом правового регулирования является совокупность качественно однородных отношений. Не установлено, и какие методы используются для регулирования этих отношений, хотя известно, что под таковыми понимается способ воздействия на соответствующие общественные отношения пригодных для этого норм права. Между тем способы правового регулирования, составляющие его метод, понятны только при определенности предмета правового регулирования.

В рамках предмета регулирования Закон Об основах перечисляет лишь отдельные элементы правоотношений (права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав; права и обязанности медицинских ор-

ганизаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья; права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников).

Так же в рамках предмета регулирования Законом Об основах публичная компетенция⁴ определена как «полномочия и ответственность органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья». Но, как известно, полномочия — это право и/или возможность давать указания, обязательные к выполнению, в то время как компетенция — это права и обязанности по решению определенного круга вопросов в рамках предмета ведения. Полномочия — не публичная обязанность под угрозой применения санкций за неисполнение или неточное исполнение предписаний, как в случае компетенции. Это не более чем ответственность уполномоченного перед уполномочившим, но не перед третьими лицами, в отношении с которыми действует уполномоченный. Полномочия — это и свобода действий в рамках предоставленных полномочий. Тем самым с появлением в Законе Об основах свободы исполнения предписаний публичная компетенция лишилась обязанностей государственных и муниципальных органов и должностных лиц.

Что касается ответственности, то органы государственной власти и органы местного самоуправления, должностные лица организаций несут в пределах своих полномочий ответственность лишь *за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья*, установленных законодательством Российской Федерации (п. 2 ст. 9 и – слово в слово – п. 1 ст. 98)⁵. Очевидно все же, ответственность субъектов публичного и частного права различается, и потому требует дифференциации, как и детализации применительно к специфике регулируемой сферы общественных отношений. Тем не менее, кроме приведенной нормы, отсылающей к общему законодательству, иных установлений, тем более раскрывающих объем и содержание пу-

4 В Основах был использован именно соответствующий доктрине теории государства и права термин «компетенция», и основания его замены в Законе Об основах на термин «полномочия» не известны.

5 Не считая ответственности должностных лиц, исполняющих обязанности по осуществлению переданных полномочий, в пределах функции уполномоченного федерального органа исполнительной власти по контролю и надзору в сфере охраны здоровья за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации этих полномочий (п/п. 2 п. 9 ст. 15)

бличной ответственности, в том числе по основаниям иным, чем за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья, в Законе Об основах нет.

Наконец, в рамках предмета регулирования Закон Об основах устанавливает «правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан». Но закон не предназначен ни для чего больше, кроме как для правового регулирования соответствующих отношений. Экономические же основы отдельной сферы деятельности существуют объективно, и либо закон им соответствует, либо не становится регулятором экономических отношений, складывающихся вне зависимости от него. А основы организации той или иной сферы деятельности — это выражение государственной политики в согласии с экономическими реалиями: либо оформленная правом политическая модель организации экономики им соответствует, либо государственная политика, право, организация и экономика этой сферы расходятся между собой.

Таким образом, Закон Об основах не устанавливает определенность и целостность в заданных пределах сохранения качественной специфики предмета (а потому — и ясность метода) правового регулирования, перечисляя лишь отдельные элементы правоотношений, устраняя обязанности государственных и муниципальных органов на фоне предоставленной им свободы предписаний, без взаимного согласования экономики, права и организации в сфере охраны здоровья. Кроме единственной нормы, отсылающей к общему законодательству, иных установлений, тем более раскрывающих объем и содержание ответственности субъектов публичного права, в том числе по основаниям иным, чем за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья, в Законе Об основах нет.

При этом Закон Об основах устанавливает ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья в качестве одного из основных принципов охраны здоровья (п/п. 5 ст. 4; ст. 9). Несмотря на то, что обеспечение гарантий и обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья — не одно и то же, Закон Об основах не содержит даже отсылочной нормы применительно к ответственности субъектов публичного права за пороки обеспечения или за нарушение прав граждан в этой сфере.

Другие основные принципы охраны здоровья (ст. 4) не менее декларативны, поскольку ни по одному из них Закон Об основах не определя-

ет последствий нарушения ни для субъектов публичного права, ни для субъектов частного права: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий (ст. 5); приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи (ст. 6); приоритет охраны здоровья детей (ст. 7); социальную защищенность граждан в случае утраты здоровья (ст. 8); доступность и качество медицинской помощи (ст. 10); недопустимость отказа в оказании медицинской помощи (ст. 11); приоритет профилактики в сфере охраны здоровья (ст. 12); соблюдение врачебной тайны (ст. 13).

В целом, Закон Об основах не сосредоточен в формате, предмете и методах, чтобы быть реальным актом регулирования общественных отношений в заявленной сфере. Вместо соответствия характеру потребностей охраны здоровья граждан он отдает очевидное предпочтение ведомственному руководству по вертикали субординации, которое состоит в свободе публичных действий в рамках предоставленных полномочий и которое свободно от публичного бремени ответственности за состояние охраны здоровья граждан.

1.2.2. Анализ субъектных приоритетов в Законе Об основах

Закон Об основах выстраивает вертикаль субъектной субординации, центральным элементом которой является «уполномоченный федеральный орган исполнительной власти» в окружении других государственных и муниципальных органов в единстве публичной основы управления сферой охраны здоровья, на периферии которой выстраиваются организации и другие управляемые субъекты.

В целом, к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья относятся (п. 1 ст. 14) проведение единой государственной политики в сфере охраны здоровья; защита прав и свобод человека и гражданина в сфере охраны здоровья; управление федеральной государственной собственностью, используемой в сфере охраны здоровья; организация системы санитарной охраны территории Российской Федерации; организация, обеспечение и осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора; реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, информирование населения о медико-

санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах; лицензирование отдельных видов деятельности в сфере охраны здоровья, за исключением тех видов деятельности, лицензирование которых осуществляется органами государственной власти субъектов Российской Федерации; организация и осуществление контроля в сфере охраны здоровья, в том числе за соблюдением требований технических регламентов в сфере охраны здоровья; ведение федеральных информационных систем, федеральных баз данных в сфере здравоохранения, в том числе обеспечение конфиденциальности содержащихся в них персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации; установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья; организация оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи федеральными медицинскими организациями; организация безвозмездного обеспечения донорской кровью и (или) ее компонентами, а также организация обеспечения лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями, средствами для дезинфекции, дезинсекции и дератизации при оказании медицинской помощи федеральными медицинскими организациями, в том числе при организации медицинской эвакуации граждан, а также в чрезвычайных ситуациях; организация медико-биологического и медицинского обеспечения спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации; организация и осуществление контроля за достоверностью первичных статистических данных, предоставляемых медицинскими организациями; мониторинг безопасности медицинских изделий, регистрация побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий, фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения вреда жизни и здоровью людей при обращении зарегистрированных медицинских изделий; обеспечение разработки и реализации программ научных исследований в сфере охраны здоровья, их координация; международное сотрудничество Российской Федерации в сфере охраны здоровья, включая заключение международных договоров Российской Федерации.

Таким образом, в качестве полномочий федеральных органов государственной власти в Законе Об основах в общем виде — хотя бы и с

излишней детализацией в отдельных случаях — приведены, наряду с установленными Конституцией РФ, функции всех ветвей власти в стране. Рамками полномочий федеральных органов государственной власти ограничивается употребление Законом Об основах понятия «политика» (и ее проведения).

К полномочиям федерального органа исполнительной власти, осуществляющего выработку государственной политики и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения (далее — уполномоченный федеральный орган исполнительной власти), относятся (п. 2 ст. 14) проведение единой государственной политики в сфере здравоохранения, разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни и других программ в сфере охраны здоровья, реализация мер по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, оказанию медицинской помощи, санитарно-гигиеническому просвещению; установление требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения, иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения; координация деятельности в сфере охраны здоровья федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, субъектов государственной системы здравоохранения, муниципальной системы здравоохранения и частной системы здравоохранения; утверждение порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации; утверждение соответствующей номенклатуры в сфере охраны здоровья (медицинских организаций, коечного фонда по профилям медицинской помощи, медицинских услуг, должностей медицинских работников и фармацевтических работников, специальностей специалистов, имеющих медицинское и фармацевтическое образование); утверждение типовых положений об отдельных видах медицинских организаций, включенных в номенклатуру медицинских организаций; установление общих требований к структуре и штатному расписанию медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения; установление порядка организации и проведения медицинских экспертиз; утверждение порядка организации и проведения экспертизы качества, эффективности и безопасности медицинских изделий; утверждение правил и методик в области стати-

стического учета и отчетности, стандартов информационного обмена в сфере охраны здоровья, применяемых медицинскими организациями и фармацевтическими организациями; утверждение порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, унифицированных форм медицинской документации, в том числе в электронном виде; утверждение порядка аттестации специалистов, имеющих высшее и среднее медицинское и (или) фармацевтическое образование для присвоения им квалификационной категории; утверждение порядка организации направления граждан Российской Федерации на лечение за пределы территории Российской Федерации за счет средств федерального бюджета; утверждение порядка проведения медицинских осмотров; утверждение перечня профессиональных заболеваний; утверждение порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, медицинских изделий, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, медицинские изделия, порядка оформления этих бланков, их учета и хранения; организация медицинской эвакуации граждан федеральными государственными учреждениями.

Таким образом, уполномоченный федеральный орган исполнительной власти вместо центрального федерального органа исполнительной власти (Правительства РФ) уполномочен осуществлять функции *выработки государственной политики* и вместо органов законодательной власти – *нормативное правовое регулирование* в сфере здравоохранения.

Понятно, что в ведении Российской Федерации находятся (ст. 71 Конституции РФ) регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина; установление системы федеральных органов законодательной, исполнительной и судебной власти, порядка их организации и деятельности; формирование федеральных органов государственной власти; установление основ федеральной политики и федеральные программы в области государственного, экономического, социального и др. развития Российской Федерации и пр. Но не понятно, почему эти вопросы в сфере охраны здоровья вместо того, чтобы разрешаться собственно федеральным законом, законом делегированы, и даже не центральному органу исполнительной власти, а уполномоченному федеральному органу исполнительной власти.

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти (п. 7 ст. 15) издает нормативные правовые акты по вопросам осуществле-

ния соответствующих полномочий, в том числе административные регламенты предоставления государственных услуг и исполнения государственных функций в части переданных полномочий; издает обязательные для исполнения органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации методические указания и инструкции по вопросам осуществления переданных полномочий; осуществляет в устанавливаемом им порядке согласование назначения на должность (освобождения от должности) руководителей, структуры органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих переданные полномочия; устанавливает требования к содержанию и формам отчетности, к порядку представления отчетности об осуществлении переданных полномочий; готовит и вносит в Правительство Российской Федерации в случаях, установленных федеральными законами, предложения об изъятии у органов государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий.

Уполномоченным федеральным органом исполнительной власти ведется Федеральный регистр лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей (п. 8 ст. 15)

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере охраны здоровья (п. 9 ст. 15) ведет единый реестр лицензий, в том числе лицензий, выданных органами государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с полномочием в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти; осуществляет контроль и надзор за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов Российской Федерации перечисленных полномочий с правом направления предписаний об устранении выявленных нарушений и о привлечении к ответственности должностных лиц, исполняющих обязанности по осуществлению переданных полномочий.

Федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим контроль и надзор в сфере здравоохранения (совместно с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере), проводится контроль за

расходованием субвенций, предоставленных на осуществление переданных полномочий (п. 11 ст. 15).

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти устанавливает:

- порядки, включая всевозможные правила и стандарты⁶ — всего 51;

6 Согласования назначения на должность (освобождения от должности) руководителей, структуры органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих переданные полномочия (п/п. 3 п. 7 ст. 15); оказания гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи выбор медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин (п. 6 ст. 21); предоставления — пациенту либо его законному представителю отражающих состояние здоровья — медицинских документов (их копий) и выписок из них (п. 5 ст. 22); организации деятельности подразделений, оказывающих медицинскую помощь работникам (п. 4 ст. 24); организации оказания медицинской помощи в пенитенциарной системе (совместно с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере исполнения уголовных наказаний) (п.п. 4, 7 ст. 26); применения специализированной информационной системы для направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (п. 8 ст. 34); осуществления медицинской эвакуации федеральными государственными учреждениями (п. 7 ст. 35); оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (п. 2 ст. 37); разрешения обращения на территории Российской Федерации медицинских изделий, зарегистрированных в установленном Правительством Российской Федерации порядке (п. 4 ст. 38); ввоза на территорию Российской Федерации медицинских изделий в целях государственной регистрации (п. 6 ст. 38); оценки соответствия в форме технических испытаний, токсикологических исследований, клинических испытаний и экспертизы качества, эффективности и безопасности медицинских изделий, а также испытания в целях утверждения типа средств измерений (в отношении медицинских изделий, относящихся к средствам измерений в сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений) (п. 8 ст. 38); организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (п. 5 ст. 40); организации и оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях (п. 1 ст. 41); ведения Федерального регистра редких (орфанных) заболеваний (п. 5 ст. 44); диспансерного наблюдения (п. 5 ст. 46); проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения и перечень включаемых в них исследований (п. 7 ст. 46); информированного добровольного согласия совершеннолетнего дееспособного реципиента, а в отношении несовершеннолетнего реципиента — при наличии информированного добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя на трансплантацию (пересадку) органов и тканей человека (п. 5 ст. 47); выдачи документа о рождении (п. 3 ст. 53); прохождения медицинских осмотров (п/п. 1 п. 1 ст. 54); оказания медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха (п/п. 2 п. 1 ст. 54); содержания в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей или находящихся в трудной жизнен-

- перечни⁷ — всего 12;

ной ситуации, (п. 3 ст. 54); использования вспомогательных репродуктивных технологий (п. 2 ст. 55); проведения экспертизы временной нетрудоспособности (п. 6 ст. 59); выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности (п. 7 ст. 59); проведения судебно-медицинской экспертизы (п. 2 ст. 62); проведения судебно-психиатрической экспертизы (п. 2 ст. 62); определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (п. 2 ст. 62); проведения экспертизы профессиональной пригодности (п. 3 ст. 63); проведения экспертизы связи заболевания с профессией (п. 6 ст. 63); осуществления экспертизы качества медицинской помощи (за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании) (п. 4 ст. 64); медицинского освидетельствования в медицинских организациях (п. 4 ст. 65); проведения патолого-анатомических вскрытий (п. 2 ст. 67); аккредитации специалиста (п. 3 ст. 69); допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, и лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала (п. 5 ст. 69); допуска лиц, получивших медицинское или фармацевтическое образование в иностранных государствах, к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности (п. 6 ст. 69); выбора пациентом другого врача (п. 1 ст. 70); возложения отдельных функций лечащего врача на фельдшера, акушерку (п. 7 ст. 70); прохождения аттестации для получения квалификационной категории (п/п. 4 п. 1 ст. 72); совершенствования профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях (п/п. 3 п. 2 ст. 73); назначения лекарственных препаратов и выписки их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта на лекарственный препарат) (п/п. 4 п. 2 ст. 73); проведения практической подготовки медицинских и фармацевтических работников (п. 4 ст. 77); организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского или фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам (п. 5 ст. 77); выдачи медицинской организацией рецептов на лекарственные препараты, справок, медицинских заключений и листков нетрудоспособности (п/п. 3 ст. 78); информирования медицинской организацией органов внутренних дел о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий (п/п. 9 п. 1 ст. 79); организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (п. 2 ст. 89); ведения информационных систем (п. 3 ст. 91); ведения персоналифицированного учета (п. 3 ст. 92); сообщения обо всех случаях выявления побочных действий при применении и эксплуатации медицинских изделий (п. 3 ст. 96); осуществления мониторинга безопасности медицинских изделий (п. 5 ст. 96); приостановления применения или изъятие из обращения медицинского изделия, возобновления применения и обращения медицинского изделия (п. 8 ст. 96); осуществления статистического наблюдения в сфере здравоохранения (п. 3 ст. 97); заполнения форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения (п. 3 ст. 97).

7 Определенных видов медицинского вмешательства (п. 6 ст. 20); вредных и (или) опас-

- формы⁸ — всего 5;
- сроки⁹ — всего 4.

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти также выполняет и другие разрешительные функции¹⁰ — всего 17.

ных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры (п. 2 ст. 24); медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ (п. 3 ст. 24); состояний, при которых оказывается первая помощь (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью), и перечень мероприятий по оказанию первой помощи (п. 2 ст. 31); видов высокотехнологичной медицинской помощи (п. 4 ст. 34); федеральных государственных учреждений, которые вправе осуществлять медицинскую эвакуацию (п. 7 ст. 35); медицинских изделий, относящихся к средствам измерений в сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений (п. 8 ст. 38); медицинских показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения (п. 5 ст. 40); редких (орфанных) заболеваний (п. 2 ст. 44); медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (п. 6 ст. 56); медицинских показаний для медицинской стерилизации определяется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (п. 3 ст. 57); случаев проведения экспертизы временной нетрудоспособности фельдшером либо зубным врачом (п. 2 ст. 59).

8 Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства (п. 8 ст. 20); документа о рождении (п. 3 ст. 53); медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ (п. 3 ст. 63); медицинского заключения о наличии или об отсутствии профессионального заболевания (п. 6 ст. 63); статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения (п. 3 ст. 97).

9 Предоставления – пациенту либо его законному представителю отражающих состояние здоровья – медицинских документов (их копий) и выписок из них (п. 5 ст. 22); прохождения аттестации для получения квалификационной категории (п/п. 4 п. 1 ст. 72); совершенствования профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях (п/п. 3 п. 2 ст. 73); представления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения (п. 3 ст. 97).

10 Утверждает номенклатурную классификацию медицинских изделий (п. 2 ст. 38) и классификацию, правила сбора, использования, обезвреживания, размещения, хранения, транспортировки, учета и утилизации медицинских отходов (п. 3 ст. 49); примерные программы учебного курса, предмета и дисциплины по оказанию первой помощи (п. 3 ст. 31); положение об организации оказания медицинской помощи по видам, условиям и формам оказания такой помощи (п. 5 ст. 32) и положение о комиссии по урегулированию конфликта интересов (п. 5 ст. 75); противопоказания и ограничения к применению вспомогательных репродуктивных технологий (п. 2 ст. 55); медицинские и (или) эпидемиологические показания для размещения в маломестных палатах (боксах) пациентов, не подлежащего

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти осуществляет и государственный контроль за обращением медицинских изделий (п. 2 ст. 95), а также статистическое наблюдение в сфере здравоохранения (п. 2 ст. 97), будучи и оператором информационных систем (п. 2 ст. 91).

Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти при осуществлении государственного контроля в сфере охраны здоровья (п. 1 ст. 86) выдает обязательные для исполнения предписания в случае выявления нарушений законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья, законодательства Российской Федерации об обращении лекарственных средств; привлекает к ответственности за нарушение законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья, законодательства Российской Федерации об обращении лекарственных средств медицинские организации и фармацевтические организации и их должностных лиц, должностных лиц федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, государственных внебюджетных фондов в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации; составляет протоколы об административных правонарушениях в сфере охраны здоровья, обращения

оплате за счет личных средств граждан, при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (п/п. 3 п. 3 ст. 80); медицинские критерии рождения, в том числе сроки беременности, масса тела ребенка при рождении и признаки живорождения (п. 3 ст. 53); основания предоставления — пациенту либо его законному представителю отражающих состояние здоровья — медицинских документов (их копий) и выписок из них (п. 5 ст. 22); нормы лечебного питания (п. 4 ст. 39); условия осуществления медицинской эвакуации федеральными государственными учреждениями (п. 7 ст. 35); образование комиссии по урегулированию конфликта интересов (п. 4 ст. 75); ежегодный доклад о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (п. 4 ст. 80); мониторинг формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оценка реализации таких и (совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования) территориальных программ обязательного медицинского страхования (п. 5 ст. 81); мониторинг безопасности медицинских изделий на всех этапах обращения таких изделий на территории Российской Федерации (п. 2 ст. 96); правила проведения проверок соблюдения субъектами обращения медицинских изделий (п/п. 1 п. 4 ст. 95); приостановление применения или изъятие из обращения медицинского изделия (п. 6 ст. 96), возобновление применения и обращения медицинского изделия (п. 7 ст. 96).

лекарственных средств, рассматривают дела об указанных административных правонарушениях и принимает меры по предотвращению таких нарушений; направляет в уполномоченные органы материалы, связанные с нарушениями обязательных требований, для решения вопросов о возбуждении уголовных дел по признакам преступлений; обращается в суд с исками, заявлениями о нарушениях законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья, законодательства Российской Федерации об обращении лекарственных средств; участвует в рассмотрении судом дел, связанных с применением и (или) нарушением законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья, законодательства Российской Федерации об обращении лекарственных средств; размещает на официальном сайте в сети «Интернет» решения и предписания, принятые в процессе осуществления государственного контроля в сфере охраны здоровья и затрагивающие интересы неопределенного круга лиц.

Официальная статистическая информация в сфере здравоохранения размещается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в средствах массовой информации, в том числе в сети «Интернет» (п. 4 ст. 97).

Таким образом, уполномоченный федеральный орган исполнительной власти осуществляет всеобъемлющие функции руководства, установления и контроля и надзора исполнения норм в сфере охраны здоровья. Все-го он наделен Законом Об основах, по меньшей мере, 126 полномочиями.

Существенно более скромные функции Законом Об основах предоставлены иным государственным органам.

Российская Федерация передает органам государственной власти субъектов Российской Федерации осуществление следующих полномочий (п. 1 ст. 15) лицензирование следующих видов деятельности: медицинская деятельность медицинских организаций (за исключением медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук); фармацевтическая деятельность (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук); деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (в части деятельности по

обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I, II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук); организация обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипопитарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей лекарственными препаратами по перечню, утверждаемому Правительством Российской Федерации.

Таким образом, не столько органам государственной власти субъектов Российской Федерации переданы Российской Федерацией, сколько некоторые из делегированных законом вопросов поделены им между «уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» и – по его усмотрению – региональными органами государственной власти – полностью или в части.

К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относятся (ст. 17) защита прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья; разработка, утверждение и реализация программ развития здравоохранения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, профилактики заболеваний, организация обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, а также участие в санитарно-гигиеническом просвещении населения; разработка, утверждение и реализация территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования; формирование структуры исполнительных органов государственной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющих установленные настоящей статьей полномочия в сфере охраны здоровья, и установление порядка их организации и деятельности; организация оказания населению субъекта Российской Федерации первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицин-

ских организациях субъекта Российской Федерации; создание в пределах компетенции, определенной законодательством Российской Федерации, условий для развития медицинской помощи и обеспечения ее доступности для граждан; организация безвозмездного обеспечения донорской кровью и (или) ее компонентами, а также организация обеспечения лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями, средствами для дезинфекции, дезинсекции и дератизации при оказании медицинской помощи; организация осуществления мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни у граждан, проживающих на территории субъекта Российской Федерации; организация осуществления мероприятий по проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации, а также санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в соответствии с законодательством Российской Федерации; организация обеспечения граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или инвалидности; координация деятельности исполнительных органов государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения на территории субъекта Российской Федерации; реализация мероприятий, направленных на спасение жизни и сохранение здоровья людей при чрезвычайных ситуациях, ликвидацию медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, информирование населения о медико-санитарной обстановке в зоне чрезвычайной ситуации и о принимаемых мерах; информирование населения субъекта Российской Федерации, в том числе через средства массовой информации, о возможности распространения социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, на территории субъекта Российской Федерации, осуществляемое на основе ежегодных статистических данных, а также информирование об угрозе возникновения и о возникновении эпидемий; установление мер социальной поддержки по организации оказания медицинской помощи лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, и по организации обеспечения указанных лиц лекарственными препаратами; обеспечение разработки и реализация региональных программ научных исследований в сфере охраны здоровья, их координа-

ция; установление случаев и порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи медицинскими работниками медицинских организаций вне таких медицинских организаций, а также в иных медицинских организациях.

Таким образом, аналогично, федеральный закон отсылает не к региональным законам и определяет не их содержание и пределы, а полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан на территории региона.

Полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья (ст. 17) перечислены речитативом в общих словах (создание условий..., обеспечение..., участие...) вместо того, чтобы прямо установить, что они выключены из сферы управления здравоохранением.

Уже не полномочиями, а правами и обязанностями наделяет Закон Об основах всех субъектов частного права: медицинские организации, а также граждан и даже медицинских работников.

Медицинская организация обязана (п. 1 ст. 79) оказывать гражданам медицинскую помощь в экстренной форме; осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи; информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах; обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств; предоставлять пациентам достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях; информировать граждан в доступной форме, в том числе с использованием сети «Интернет», об осуществляемой медицинской деятельности и о медицинских работниках медицинских организаций, об уровне их образования и об их квалификации;

обеспечивать профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации; информировать органы внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, о поступлении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий; осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи в соответствии с федеральным законом; вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и в объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти; обеспечивать учет и хранение медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности; проводить мероприятия по снижению риска травматизма и профессиональных заболеваний, внедрять безопасные методы сбора медицинских отходов и обеспечивать защиту от травмирования элементами медицинских изделий.

Таким образом, на медицинские организации возложены обязанности, которые относятся не к их положению, а к характеру осуществляемой деятельности и прежде были отнесены к лицензионным требованиям и условиям осуществляемой деятельности.

Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, наряду с обязанностями, предусмотренными частью 1 настоящей статьи, также обязаны (п. 2 ст. 79) предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; обеспечивать оказание медицинской помощи гражданам в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление; проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Закон Об основах возлагает на участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинские организации в качестве абсолютных относительные обязанности, устанавливаемые договором по условиям оплаты медицинских услуг.

Ни одна из перечисленных Законом Об основах обязанностей медицинских организаций, в том числе участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, не подкреплена санкциями за несоблюдение. Общее же законодательство содержит санкции за отдельные правонарушения помимо и вне зависимости от Закона Об основах. Обязанности организаций в действительности вытекают из установленных другими законами требований, подкрепленных санкциями за неисполнение. Перечисление обязанностей Законом Об основах ничего — ни отраслевой специфики, ни дополнительных обязанностей, ни каких-либо особых или специальных оснований санкций — не добавляет к существующим установлениям общего законодательства. А некоторые положения, например, о проведении пропаганды здорового образа жизни и санитарно-гигиенического просвещения населения и ему подобные, остаются вообще заведомо декларативными и не обязательными к исполнению. Реальная ответственность для медицинских организаций вытекает только из экономических отношений, регулируемых гражданским законодательством, но Закон Об основах их попросту не касается.

Правами и обязанностями Закон Об основах наделяет не только медицинские организации как хозяйствующих субъектов, но и их работников, т.е. лиц, находящихся с ними в трудовых отношениях.

Медицинские работники обязаны (п. 2 ст. 73) оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями; соблюдать врачебную тайну; совершенствовать профессиональные знания и навыки путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях в порядке и в сроки, установленные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти; назначать лекарственные препараты и выписывать их на рецептурных бланках (за исключением лекарственных препаратов, отпускаемых без рецепта на лекарственный препарат) в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной вла-

сти; сообщать уполномоченному должностному лицу медицинской организации информацию обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению (руководстве по эксплуатации) лекарственного препарата (медицинского изделия), о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия лекарственных препаратов (медицинских изделий) между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации лекарственных препаратов (медицинских изделий).

Помимо обязанностей Закон Об основах возлагает на врачей и ограничения на комиссионные соглашения (ст. 74).

Таким образом, те относительные обязанности, которые возникают у работников в отношениях с работодателем, или даже в отношениях работодателя с потребителями, возведены Законом Об основах в ранг абсолютных, независимых от характера отношений. Ответственность же за их несоблюдение и в этом случае вытекает из факта нарушения не Закона Об основах, а наличия признаков состава уголовного или административного правонарушения либо гражданско-правовых последствий.

На граждан Законом Об основах также возложены обязанности: *граждане обязаны (ст. 27) заботиться о сохранении своего здоровья; в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации — проходить медицинские осмотры, а страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации — проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний; находящиеся на лечении — соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.*

Очевидно, что приведенные Законом Об основах обязанности граждан — не более чем декларации, ничем не обязывающие их соблюдать.

Аналогичным образом, Законом Об основах определены права медицинских организаций и их работников.

Права медицинских организаций (ст. 78) состоят в свободах *вносить учредителю предложения по оптимизации оказания гражданам медицинской помощи; участвовать в оказании гражданам Российской Феде-*

рации медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования; выдавать рецепты на лекарственные препараты, справки, медицинские заключения и листки нетрудоспособности в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти; осуществлять научную и (или) научно-исследовательскую деятельность, в том числе проводить фундаментальные и прикладные научные исследования; создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.

Понятно, что это — не закрытый и даже не примерный перечень, чтобы имело смысл устанавливать его в законе.

*Медицинские и фармацевтические работники имеют **право** (ст. 72) на основные **гарантии**, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации; профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации; профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации; прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации; стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности; создание профессиональных некоммерческих организаций; страхование риска своей про-*

*фессиональной ответственности. Помимо перечисленных медицинские и фармацевтические работники имеют дополнительные права **на гарантии**: Правительство Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления вправе устанавливать дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским и фармацевтическим работникам за счет соответственно бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов.*

Таким образом, медицинские работники наделяются правами на гарантии, причем на основные, по общему правилу, предусмотренные трудовым законодательством, а при наличии на то политической воли – и на расширения этих гарантий в последующем. Иными словами, под правами медицинских работников Закон Об основах подразумевает не их частно-правовые свободы, а ограниченный перечень дозволений, прежде всего, в рамках трудовых отношений.

В целом, приоритеты в Законе Об основах выстроены таким образом, что субъекты публичного права в сфере охраны здоровья вместо предписанных ограничений наделяются свободами полномочий, а субъекты частного права вместо гражданских свобод — ограничительно-выборочными правами и обязанностями без различий того, работодатель это или медицинский работник, производитель или потребитель медицинских услуг.

1.2.3. Ключевые понятия и положения Закона Об основах

Понятийно-категориальный аппарат Закона Об основах вызывает много вопросов, хотя призван их устранить, будучи предназначен для обеспечения не только формальной определенности терминов, но и их пригодности равно для целей административного и судебного правоприменения, в том числе в круге других терминов этого или иных законов, с которыми Закон Об основах должен быть гармонизирован.

Для целей выяснения такого взаимного соответствия первичное исследование было проведено еще на стадии законопроекта¹¹.

11 Тихомиров А.В. Анализ законопроекта МЗиСР «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Главный врач: хозяйство и право. – 2010. – № 4. – 6–15 с.

Здоровье в Законе Об основах определено как *состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма* (п/п. 1 ст. 2). Такое определение соответствует принятому Уставом (Конституцией) Всемирной организацией здравоохранения¹². Однако здоровье как состояние — это процесс или результат, степень достижимого или достигнутого? А в отсутствие конечностей у инвалидов или отдельных органов, или при наличии хронических либо неизлечимых заболеваний — сохраняется ли состояние и того ли, как у остальных, благополучия? Это определение здоровья не соответствует таковому, данному Гражданским кодексом — как неотчуждаемое нематериальное благо, принадлежащее гражданину на неимущественном, неразрывно связанном с личностью праве (п. 1 ст. 150 ГК), переход которого к другому лицу, в частности, как требований о возмещении вреда, не допускается (ст. 383 ГК)?

Охрана здоровья граждан определена как *«система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи»*, а медицинская помощь — это *«комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг»* (п/п. 2–3 ст. 2). Чем же охрана здоровья как «система мер...» отличается от медицинской помощи как «комплекса мероприятий...» - тем, что первая включает вторую, а вторая — медицинские услу-

12 Устав (Конституция) принят Международной конференцией здравоохранения, проходившей в Нью-Йорке с 19 июня по 22 июля 1946 г., подписан 22 июля 1946 г. представителями 61 страны (Off. Rec. Wld Hlth Org., 2, 100) и вступил в силу 7 апреля 1948 года. Поправки, принятые Двадцать шестой, Двадцать девятой, Тридцать девятой и Пятьдесят первой сессиями Всемирной ассамблеи здравоохранения (резолюции WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 и WHA51.23), вступили в силу 3 февраля 1977 г., 20 января 1984 г., 11 июля 1994 г. и 15 сентября 2005 г., соответственно, и включены в настоящий текст.

ги? Кроме того, охрана здоровья и медицинская помощь — это государственное вменение или общественная потребность?

Наконец, в такой редакции нормы охрана здоровья граждан осуществляется всеми — органами государственной власти Российской Федерации и органами местного самоуправления, организациями, должностными и иными лицами и даже самими гражданами, но только не медицинскими работниками. Или медицинские работники — это «иные» лица?

Далее. Если «медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья...» (п/п. 3 ст. 2), а «медицинское вмешательство — выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности» (п/п. 5 ст. 2), то чем отличается медицинская помощь и медицинское вмешательство, если первая на практике всегда сопровождается вторым? Кроме того, это — организационные, правовые, профессиональные или экономические категории?

Медицинская услуга определена как «медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение» (п/п. 3 ст. 2). В Гражданском кодексе услуга определяется как действия или деятельность (п. 1 ст. 779), а Налоговым кодексом услугой признается деятельность, результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе осуществления этой деятельности (п. 5 ст. 38). В соответствии с Законом Об основах медицинская услуга — это категория экономического оборота или ведомственного учета?

Медицинская деятельность — это «профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компо-

нентов в медицинских целях» (п.п. 10 ст. 2). Медицинская деятельность — исключительно профессиональная, а не экономическая деятельность? А медицинский (клинический) эксперимент, в том числе, при обращении медицинских изделий (п. 3 ст. 38) и лекарственных средств в порядке клинических испытаний, медицинской, т.е. профессиональной, деятельностью не является? А всегда ли и всякая ли деятельность с объектами, изъятыми из оборота (п. 2 ст. 129 ГК), при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях является медицинской? И что делает профессиональную деятельность медицинской, каков общий предмет медицинской деятельности и из чего она складывается?

Медицинская помощь *«организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи¹³, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи»¹⁴* (п. 1 ст. 37). А как быть с медицинской помощью в неприспособленных условиях — в порядке действий в чужом интересе без поручения (гл. 50 ГК)? А если врач пренебрег порядками и стандартами в интересах пациента? А если, строго в соответствии с порядками и стандартами, лечение привело к инвалидности или смерти пациента? А несет ли — и какую — ответственность орган, издающий порядки и стандарты, если из них вытекает причинение вреда здоровью пациента?

13 «Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя: этапы оказания медицинской помощи; правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача); стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений; рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений; иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи» (п. 3 ст. 37).

14 «Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: медицинских услуг; зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения; медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; иного исходя из особенностей заболевания (состояния)» (п. 4 ст. 37).

Медицинская помощь (включая составляющие ее медицинские услуги) объединяется Законом Об основах общей мерой определения, измерения и оценки посредством порядков и стандартов ее оказания, в то время как дифференцируется в меру отличий источников финансирования. Так, оказание гражданам медицинской помощи за счет средств государственной казны (ст.ст. 80–81, 83) противопоставляется предоставлению медицинских услуг за счет «средств граждан, средств работодателей и иных средств» (ст. 84). При таком подходе не различиям в публичном или частном происхождении платежей придается определяющее значение, а оплачиваемым услугам: первые декларируются как бесплатная помощь, вторые — как «платные» услуги, хотя те и другие и равно оплачиваются (хотя бы и не одинаково), и равно составляют медицинскую помощь в контексте п/п. 3 ст. 2.

По тому же монетарному признаку выделяется высокотехнологичная медицинская помощь (п.п. 3–7 ст. 34): не потому, что собственно она обладает особой сложностью и требует особого профессионального мастерства исполнителя, а потому, что при ее оказании используется особо ценная и дорогостоящая аппаратура, требующая дорогостоящего обслуживания и дорогостоящей подготовки оператора.

Наконец, помимо и наряду с порядками и стандартами медицинской помощи Закон об основах устанавливает администрирование качества и безопасности медицинской деятельности. При этом ни понятие качества, ни понятие безопасности медицинской деятельности Законом Об основах не раскрывается. Определено понятие качества медицинской помощи — как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (п/п. 21 ст. 2), которое не применимо в полной мере к понятию медицинской деятельности как профессиональной деятельности по оказанию не только медицинской помощи, но и проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональной деятельности, связанной с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях (п/п. 10 ст. 2). Отсутствие прямых дефиниций качества и безопасности медицинской деятельности не воспрепятствовало установлению Законом

Об основах норм о контроле качества и безопасности медицинской деятельности (в частности, ст. 87). Такой контроль законодательно выстроен по вертикали подчинения административным установлениям. Иными словами, управление качеством и безопасностью медицинской деятельности — это обеспечение удовлетворения единых требований федерального органа исполнительной власти субъектами медицинской деятельности. Это — не обеспечение потребностей общества, а удовлетворение требований государства в лице уполномоченного ведомства. Возникает вопрос, охрана здоровья и медицинская деятельность — для соответствия публичным требованиям или социальным нуждам?

Таким образом, вопросы, вызываемые ключевыми понятиями и положениями Закона Об основах, ответа не находят, а то, что вопросы возникают, свидетельствует о том, что он не достигает необходимой ясности регулятора, гармоничности в ряду других законов и формальной определенности правового акта.

В целом, Закон Об основах превзошел Основы в объеме, но не в смысловом наполнении, которое реакционно поменяло прежний вектор переходного движения в направлении гражданского общества на возвращение к ручному управлению регулярного государства обществом в социальной сфере.

ГЛАВА 2. ДЕТЕРМИНАНТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

2.1. Детерминанты субъектного состава медицинской деятельности¹⁵

Закон Об основах в силу многочисленных отсылок к полномочиям отраслевого ведомства, по существу, оформил приоритет бюрократического усмотрения не только над нормами права, и не только этого закона, а и конституирующих гражданский оборот актов общего законодательства, но и над гражданскими правами и свободами участников этого оборота в отрасли. Притом, что урегулированная — пусть и недостаточно, без учета отраслевой специфики — актами общего законодательства объективная реальность совершенно другая, Закон Об основах как акт специального законодательства создает в сфере охраны здоровья виртуальную реальность в режиме наибольшего благоприятствования для отраслевого ведомства.

В отличие от прежних Основ, обособляющих категории «предприятий, учреждений и организаций, деятельность которых направлена на охрану здоровья граждан», Закон Об основах использует обобщающее понятие медицинских организаций¹⁶, среди которых выделяя категорию федеральных государственных учреждений. Закон Об основах не закрывает также доступ к финансированию деятельности всех медицинских организаций вне зависимости от организационно-правовой формы

15 Тихомиров А.В. Законодательная реформа здравоохранения: обсуждение и выводы // Главный врач: хозяйство и право. – 2012. – № 2. – 40–48 с.

16 Медицинская организация - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Положения настоящего Федерального закона, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. В целях настоящего Федерального закона к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность (п/п. 11 ст. 2 Закона Об основах).

и формы собственности¹⁷ (а не только учреждений), среди них выделяя лишь участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и наделяя их дополнительными обязанностями (п. 2 ст. 79).

Несмотря на внешнее проявление единства и общности правового режима, в действительности это не более чем подчинение частной медицины ведомственному контролю на основе административных установлений — в частности, через обязывание медицинских организаций «осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи» (п/п. 2 п. 1 ст. 79): государственные учреждения здравоохранения и прежде находились в административном подчинении органам управления здравоохранения, а частные медицинские организации получили ограничители, которых прежде не было и необходимость введения которых не очевидна и обоснования не обнаруживает.

Более того, такие ограничения Закон Об основах, по существу, устанавливает неявно только для частных медицинских организаций, поскольку для государственных учреждений здравоохранения другой закон (Федеральный закон Российской Федерации от 8 мая 2010 г. N 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»¹⁸), напротив, предусматривает расширение свобод. При этом речь идет не об адаптации государственных учреждений здравоохранения к условиям оборота медицинских услуг в соответствии с характером осуществляемой деятельности (об их разгосударствлении, партикуляризации), а о публичной интервенции с помощью их модификаций в гражданский оборот, в частноправовое пространство. Учреждения здравоохранения, оставаясь в публичной имущественной принадлежности, подразделяются на три разновидности (казенные, бюд-

17 Медицинская организация имеет право участвовать в оказании гражданам Российской Федерации медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования (п/п. 2 ст. 78 Закона Об основах).

18 Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 19, ст. 2291; N 31, ст. 4209; N 46, ст. 5918; N 49, ст. 6409.

жетные и автономные) в зависимости от свободы доступа к «платным» услугам, к доходам за счет средств граждан, общества, помимо налогов.

Аналогичным образом под действием Закона Об основах претерпела изменения, адаптированные к потребностям ведомственного администрирования, конфигурация законодательного определения положения членов неоформившегося медицинского сообщества.

Основной причиной таких изменений является невозможность сохранения в сфере деятельности по поводу здоровья ситуации, в которой за действия работников — как по договорным (ст. 402 ГК РФ), так и по внедоговорным (ст. 1068 ГК РФ) обязательствам — отвечает работодатель. В отсутствие равно моральной (в силу девальвации социальной ценности медицинской профессии) и материальной (в силу непомерно низкой зарплаты) мотивации медицинские работники все более безразлично относятся к результатам труда, из-за чего пациенты все чаще обращаются в суд, и на работодателя возлагается все большая имущественная ответственность, не восполняемая практически не работающими механизмами регресса.

За рубежом (особенно в странах, где нет трудового права, и носитель медицинской профессии является самостоятельным хозяйствующим субъектом) функции упорядочения сформированного медицинского сообщества осуществляют его органы — медицинские ассоциации и палаты, но не государственное отраслевое ведомство. В России — в стране медицинских работников — медицинская общественность не обособлена от государственного отраслевого ведомства, чтобы иметь такие органы и через них осуществлять свою правосубъектность, в силу этого также не определенную. А чтобы медицинская общественность получила, как за рубежом, профессиональную автономию, носители медицинской профессии должны лишиться привязки к положению исключительно наемного работника: в России они не имеют иного определения, кроме как «медицинские работники».

Вместо того, чтобы пойти по пути заимствования полезного зарубежного опыта и законодательно оформить создание института профессиональной медицинской общественности через необходимые изменения существующей действительности, Закон Об основах ввел ужесточение требований к профессиональному положению медицинского работника,

Законодательная инновация состоит в том, что вопреки правовому смыслу разрешительной системы, которая распространяется на рыночных операторов, хозяйствующих субъектов в экономическом обороте, Законом Об основах она распространена на работников таковых — носителей медицинской профессии, которым вменяется аккредитация¹⁹ (ст. 69).

Подтверждением неслучайности такого подхода является положение Закона Об основах о страховании профессиональной ответственности (п/п. 7 п. 1 ст. 72) вопреки тому, что в соответствии с действующей в стране правовой доктриной страхованию подлежит гражданская ответственность (ст.ст. 931–932 ГК РФ). Очевидно, что если это ответственность гражданско-правовая, то — субъекта экономической деятельности, каким медицинский работник не является; если аккредитуется врач с возложением на него профессиональной ответственности, которая подлежит страхованию, то — чем отлично положение работника и работодателя, аккредитованного и неаккредитованного врача, какой правовой природы и чем отличается в обоих случаях его ответственность, чтобы подлежать или не подлежать и какому страхованию? А как подлежащая страхованию профессиональная ответственность работника соразмеряется с гражданской ответственностью работодателя?

Вместо обособления института профессиональной медицинской общественности от отраслевого государственного ведомства Закон Об основах устанавливает институт котируемого административного признания организаций медицинской общественности, на которые переносится бремя страхования профессиональной ответственности состоящих в них медицинских работников, государственным отраслевым ведомством (ст. 76). А как профессиональная ответственность работника одной (медицинской) организации, в которой он осуществляет деятельность, настигает для него при членстве в другой (профессиональной некоммерче-

19 Аккредитация специалиста — процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского и фармацевтического образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

ской) организации, в которой страхуется ответственность за риски этой деятельности? А какими благоприятными последствиями сказывается котируемое административное признание организаций медицинской общественности отраслевым государственным ведомством в вопросах наступления профессиональной (гражданской) ответственности за результаты медицинской деятельности?

Таким образом, вместо достижения формальной определенности положений Закон Об основах создает неясность и порождает вопросы. Вместо размежевания социальных институтов и социальных групп по характеру деятельности, результат которой имеет или не имеет товарную форму, Закон Об основах просто подчиняет первых вторым, а с этим — частноправовые отношения товарообмена публичному администрированию со стороны государственного отраслевого ведомства. Законом Об основах ведомству предоставляются юридические инструменты административной субординации гражданско-правовых институтов в сфере охраны здоровья. Если хозяйственная активность субъектов медицинской деятельности Законом Об основах подчиняется ведомственному администрированию, то в части ответственности акцент смещается с работодателя на работника, положение которого также администрируется государственным отраслевым ведомством через посредство неизвестной правовой природы института аккредитации специалистов. С этим вводится также неизвестной правовой природы страхование профессиональной ответственности. При этом организациям медицинской общественности для демпфирования гражданской ответственности объединяемых субъектов медицинской деятельности вменяется обязанность получить допуск от государственного отраслевого ведомства. В соответствии с Законом Об основах положение субъектов медицинской деятельности детерминруется не их позицией в обороте товаров, работ, услуг медицинского назначения, а тем, которое признано отраслевым ведомством. Вопреки различиям характера регулируемых Законом Об основах общественных отношений их субъектный состав смешан им и обобщен в вертикаль субординации отраслевому ведомству под инновационным названием «уполномоченный федеральный орган исполнительной власти».

2.2. Детерминанты объектного состава медицинской деятельности

В той мере, в какой объекты медицинской деятельности представляют меновый интерес для субъектов этой деятельности, от закона естественно ожидать реалистичную определенность характеристик этих объектов, от чего в значительной степени зависит эффективность динамики отношений товарообмена. Напротив, если медицинская деятельность составляет часть деятельности государства, то закону надлежит раскрыть, что является объектом деятельности состоящего на государственной службе медицинского персонала. Единым и общим не может быть объект правового регулирования деятельности, различающейся имеющим или не имеющим товарную форму результатом. Единой и общей не может быть и мера правового режима объектов публичных и частных отношений.

Здоровье является детерминирующим объектом, по поводу которого под защитой закона складываются различные правоотношения, в том числе в сфере охраны здоровья. Здоровье — это универсалия для самых различных правоотношений — от посягательств до медицинской помощи, от умысла, неосторожности и случайностей во вред до целенаправленного вмешательства во благо. Здоровье не подлежит обобщению — это персонализированное благо, являющееся объектом права индивида, которое по совокупности может лишь учитываться как общественное здоровье, не становясь при этом общественным или публичным (государственным) достоянием.

Здоровье — это качественная характеристика биологического и социального бытия человека, складывающаяся из набора количественных параметров: антропометрических; физических; физиологических, биохимических и др. Это — имеющийся уровень функциональной и метаболической эффективности организма, для каждого — свой: для ребенка и пожилого, спортсмена и инвалида, здорового и больного. Тем или иным здоровьем человек обладает и в состоянии физического, психического и социального неблагополучия, при котором присутствуют и заболевания, и расстройства функций органов и систем организма, вопреки определению п/п. 1 ст. 2 Закона Об основах — оно попросту не соответствует действительности.

Охрана здоровья граждан, будучи предметом правового регулирования Законом Об основах, является обобщающим объектом неодинаковой деятельности субъектов равно публичного и частного права в этой сфере в интересах сбережения здоровья граждан. Соответственно, субъекты публичного и частного права в сфере охраны здоровья осуществляют каждый свою, различную по характеру деятельность.

Государство реализует публичную функцию — здравоохранение. Вопрос в том, в чем эта функция заключается.

В социалистический период здравоохранение, как и любая другая функция государства, включала в себя и административную активность органов управления здравоохранением, и медицинскую деятельность учреждений здравоохранения — и осуществление ими этой деятельности, и ее финансовое обеспечение.

В новое время, на фоне изменившихся политических, правовых и экономических реалий, фактического разделения по результату деятельности медицины (фармации, медицинской техники и пр.) и здравоохранения, формирования оборота товаров, работ, услуг медицинского назначения, государству необходимо определиться, что собой представляет здравоохранение вне привязок прошлого. Необходимо, наконец, диверсифицировать долю государственного участия в охране здоровья граждан. Понятие здравоохранения как функции государства осталось законодательно не выделенным, не определенным и не раскрытым.

Вместо этого Закон Об основах (п/п. 2 ст. 2²⁰) не только отождествляет здравоохранение с охраной здоровья, подменяя первое вторым, но и подчиняет сферу охраны здоровья приоритетам здравоохранения, смешивая деятельность публичных структур с медицинской деятельностью субъектов частного права, возлагая функции здравоохранения не только на субъектов медицинской деятельности, но и на пациентов: едва ли можно допустить, что осуществление «системы мер политического, экономи-

20 Охрана здоровья граждан — система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи.

ческого, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического)» — это удел организаций и граждан.

Соответственно, вместо организации здравоохранения как функции государства Закон Об основах регламентирует организацию оказания медицинской помощи, выделяя для этих целей понятия лечения, диагностики, профилактики, а также состояния, заболевания — основного и сопутствующего, тяжести заболевания или состояния и т. д.

Подобно тому, как врач в качестве медицинского работника не является субъектом гражданских прав и правоотношений, оформленные Законом Об основах медико-организационные построения не приобретают значения правовых детерминант медицинской деятельности — они не обнаруживают себя ни в сфере действия публичного, ни в сфере действия частного права.

Напротив, обобщающие медико-организационные построения, являющиеся конституирующими элементами известных праву объектов медицинской деятельности, безусловно, нуждаются в законодательном определении и раскрытии. Однако для этого, по меньшей мере, медицинская деятельность должна получить ясное отнесение к сфере действия публичного или частного права. Законом Об основах она, между тем, отнесена к сфере профессиональных отношений (п/п. 10 ст. 2)²¹.

И если мерой профессиональных отношений меряется медицинская деятельность, то та же мера применяется и к составляющим ее элементам.

Поэтому и медицинская услуга представляет собой не то же, что в гражданском обороте — в сфере действия гражданского права. Если общее законодательство устанавливает, что услугой в качестве объекта гражданских прав (ст. 128 ГК РФ) и гражданских правоотношений являются определенные действия или определенная деятельность (п. 1 ст. 779 ГК РФ), результаты которой не имеют материального выражения, ре-

21 Медицинская деятельность — профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

лизуются и потребляются в процессе осуществления этой деятельности (п. 5 ст. 38 НК РФ), то в соответствии с Законом Об основах (п/п. 4 ст. 2) «медицинская услуга — это медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение». Какое значение и для чего, Законом Об основах не устанавливается. Возникает вопрос, можно ли и как пользоваться такой дефиницией медицинской услуги для целей правоприменения, особенно в отсутствие какой-либо согласованности с существующими дефинициями общего законодательства. Медицинская услуга как объект гражданского оборота представлена в специальном законодательстве медико-организационной дефиницией, не имеющей ничего общего с дефиницией правовой.

Медицинская помощь Законом Об основах (п/п. 3 ст. 2) определена как комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Иными словами, объект экономических отношений, получивший невнятное определение в специальном законодательстве, признается им элементом медико-организационной структуры.

Более того, не медицинская услуга как объект гражданского оборота, а именно медицинская помощь в значении медико-организационного обобщения наделяется Законом Об основах (п/п. 21 ст. 2) таким свойством, как качество — «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». По существу, характеристику объекта потребительского оборота получает объект, не находящийся в обороте.

Соотношение объектов медицинской деятельности также не получило ясности в Законе Об основах. Судя по всему, предполагается следующая структура: медицинская помощь, включающая в себя предоставление медицинских услуг (п/п. 3 ст. 2); медицинское вмешательство²² (п/п. 5 ст. 2);

22 Медицинское вмешательство — выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

медицинская услуга как медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств (п/п. 4 ст. 2). Иными словами, медицинская помощь включает в себя медицинские услуги, а каждая медицинская услуга включает в себя медицинские вмешательства (ими, судя по формулировке Закона Об основах, предлагается считать и любые неинвазивные²³ манипуляции и процедуры, например, применение термометра или тонометра, физиотерапию и пр.).

Очевидно, такая плоскостная структура не соответствует действительности. Бесспорно, медицинская помощь — это профессиональный процесс осуществления диагностических, лечебных, реабилитационных манипуляций в соответствии с правилами медицины. Этот процесс по правилам экономики разделяется на ряд дискретных элементов — каждый в товарной оболочке соответствующей медицинской услуги. Тем самым в составе любой медицинской услуги как товарного предоставления непременно содержится медицинская помощь как часть единого профессионального процесса ее оказания. Отсюда нет противоречия в том, что медицинская услуга является частью медицинской помощи и, наоборот, что медицинская помощь является частью медицинской услуги.

А вот понятие медицинского вмешательства применимо только к инвазивным манипуляциям и процедурам, и едва ли — к иным. По существу, это — негодная попытка подменить профессиональную составляющую медицинской услуги, т. е. медицинскую помощь в объеме соответствующих диагностических, лечебных, реабилитационных манипуляций и процедур.

Таким образом, собственно медицинская деятельность в соотношении составляющих ее элементов не получила необходимого раскрытия в Законе Об основах, чтобы можно было пользоваться соответствующими понятиями в правоприменительной практике.

Несмотря на непомерное углубление Закона Об основах в медико-организационные вопросы, к счастью, он оставил без излишней интервенции вопросы медицинских технологий, хотя и должен был соответствующим определением обособить их от объектов медицинской деятельности, служащих средствами производства медицинских услуг.

23 Не связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки).

Всячески обходя оборотную организацию сферы охраны здоровья, Закон Об основах рассматривает не категории товаров, работ, услуг медицинского назначения в их товарной форме, а медицинские услуги, лекарственные препараты, компоненты крови, специализированные продукты лечебного питания и заменители грудного молока, медицинские изделия, средства для дезинфекции, дезинсекции и дератизации при оказании медицинской помощи и др. в медико-организационном значении. Несостоятельность такого подхода очевидна хотя бы из положений ст. 38 Закона Об основах, раскрывающих понятие медицинских изделий как готовых товаров²⁴ (гл. 30 ГК РФ), а не как результат работ (гл. 37 ГК РФ), который признается изделием как исключение лишь в целях государственной регистрации²⁵ (п. 5 ст. 38 Закона Об основах). То, что это объекты потребительского оборота, Закон Об основах вообще обходит молчанием, не раскрывая, какой правовой режим – купли-продажи или подряда – к ним применим. При этом к товарам, работам, услугам медицинского назначения в медико-организационном значении Закон Об основах устанавливает общий публично-правовой режим (допуска, надзора и контроля) без учета различий их частноправовых характеристик.

Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья (гл. 11 Закона Об основах) также рассматривается как внеоборотная модель денежного снабжения, но не как система встречных предоставлений денежного эквивалента взамен товара, работы, услуги в отраслевом обороте. Финансирование охраны здоровья вообще и медицинской деятельности в частности законодательно не институционализировано.

24 Любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение, и предназначенные производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболического воздействия на организм человека.

25 Медицинские изделия, которые изготовлены по индивидуальным заказам пациентов, к которым предъявляются специальные требования по назначению медицинских работников и которые предназначены исключительно для личного использования конкретным пациентом, государственной регистрации не подлежат.

Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья осуществляется за счет средств внебюджетных фондов (обязательного медицинского страхования), бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации (гл. 11), в том числе, на условиях федеральных субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации (п. 5 ст. 34) — для финансирования деятельности получателей бюджетных средств (по общему правилу — бюджетных и автономных учреждений здравоохранения)²⁶ через субсидии, предоставленные на выполнение государственного (муниципального) задания.

Для частных медицинских организаций, участвующих в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, предусмотрено возмещение в порядке и в размерах, установленных соответствующей программой. Предполагается, что они оказывают услуги гражданам за свой счет, рассчитывая на последующее возмещение из государственной казны.

В соответствии с Законом Об основах (п. 1 ст. 84) за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств частного происхождения оказываются «платные» услуги: медицинские — предоставляемые по желанию граждан, а также немедицинские услуги (бытовые, сервисные, транспортные и иные), предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи.

Этим впервые в федеральном законе выделена категория «платных» медицинских услуг. Медицинские услуги дифференцированы не по своим объектным характеристикам, а по характеристикам встречного предоставления²⁷ — их оплаты в зависимости от источников: за счет публичных средств государственной казны или за счет частных средств общества. Сами услуги с этим никак не меняют своих объектных характеристик, как и встречный эквивалент денежного предоставления. И без такой оплаты

26 Федеральный закон Российской Федерации от 8 мая 2010 г. N 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

27 По тому же принципу — придания характеристики услугам по характеристикам встречного предоставления — Законом Об основах выделена категория высокотехнологичной медицинской помощи (ст. 34). Если высокотехнологичная медицинская помощь это — всего лишь вопрос дороговизны медицинских услуг, то не самих этих услуг, которые просто являются гораздо более высокозатратными по себестоимости в отличие от обычных.

услуги – одинаково «платные» и бесплатные – попросту не оказываются как составляющие медицинской деятельности, осуществляемой на постоянной основе. Не услуги подвергаются делению по признакам платности или бесплатности, а оплата услуг по ее источникам: из частных средств или из государственной казны. Различия в источниках финансирования отражаются не на свойствах объектов взаимных предоставлений, а на конфигурации субъектного состава правоотношений — в зависимости от того, в свою или в чужую пользу производится оплата.

Бесплатных услуг не существует постольку, поскольку они являются объектами возмездных отношений. Услуги могут оказываться бесплатно для получателя — тогда, когда находится плательщик в его пользу (ст. 430 ГК). Лукавством является выделение категории бесплатных «на безвозмездной основе, финансируемых за счет средств всех бюджетов бюджетной системы Российской Федерации и средств бюджетов государственных внебюджетных фондов» услуг — они все уже оплачены налогоплательщиками в пользу их получателей. В частной медицине платными являются все услуги, вопрос лишь в том, кто их оплачивает.

Распределение же финансовых средств в бюджетном процессе не является финансированием собственно охраны здоровья и медицинской деятельности. Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья результирует оплатой товаров, работ, услуг медицинского назначения, а не направлением на эти цели средств государственной казны. От того, как денежные средства проходят в процессе публичного распределения на соответствующие цели, социальный результат охраны здоровья и медицинской деятельности не достигается. А зависит социальный результат от того, насколько публичное распределение соответствует реальным потребностям охраны здоровья и медицинской деятельности, в том числе и в части эффективности платежного механизма.

Что же касается дополнительных услуг, то к ним Законом Об основах отнесены как обязательные при оказании медицинской помощи (бытовые и транспортные), так и не являющиеся отделимыми от медицинских услуг и конституирующие их (сервисные услуги). Без оказания бытовых (например, в стационаре) и транспортных (при перевозке пациентов или доставке необходимого для диагностики и лечения) услуг оказание собственно медицинских услуг зачастую невозможно. Без сервиса как части товарной составляющей медицинских услуг невозможна медицинская

помощь как нетоварная их часть. В отрыве от основного предоставления оказываются услуги послепродажного сервиса (например, техническое обслуживание автомобилей), но не сопутствующие этому предоставлению обязательные атрибуты (обслуживание и комфорт), как в случае услуг, в частности медицинских. Самостоятельных сервисных услуг не существует.

Кроме того, дополнительные услуги вправе оказывать имеющие общую правоспособность коммерческие организации, которые их предоставляют вне зависимости от происхождения оплаты медицинских услуг. Имеющие же ограниченную правоспособность некоммерческих организаций государственные учреждения здравоохранения вправе осуществлять только медицинскую деятельность, соответствующую уставным целям. Оказание немедицинских услуг не составляет специальную правоспособность осуществляющих медицинскую деятельность учреждений здравоохранения.

Таким образом, налицо подмена понятий товарных объектов экономического оборота медико-организационными понятиями ведомственного здравоохранения. Такой необоротный объект, как здоровье, вообще остался за пределами внимания Закона Об основах, хотя бы и упомянут в понятийном аппарате в неупотребимой в правоприменительной практике формулировке. Вопреки различиям характера регулируемых Законом Об основах общественных отношений их объектный состав смешан им и обобщен в рамках признания «уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». Объектный состав медицинской деятельности детерминируется отраслевым ведомством, а не конъюнктурой отраслевого оборота. В ведомственном обороте воспроизводятся те системные пороки детерминант, в том числе объектов медицинской деятельности, которые и породили длящийся два десятилетия кризис социалистического здравоохранения в капиталистическом обществе.

2.3. Детерминанты правовых оснований осуществления медицинской деятельности

Медицинская профессиональная деятельность в порядке оказания медицинской помощи пациентам осуществляется сведущими лицами, допущенными к ее осуществлению в соответствии с законом. На каких ос-

нованиях и при каких условиях оказание медицинской помощи является правомерным?

Медицинская экономическая деятельность складывается в возмездных отношениях и осуществляется систематически в порядке оказания медицинских услуг потребителям лицами, зарегистрированными в качестве хозяйствующих субъектов и имеющими разрешение на ее осуществление. На каких основаниях и при каких условиях правомерно оказание медицинских услуг?

Медицинской является деятельность по поводу здоровья. Здоровье является объектом медицинской деятельности. Медицинская деятельность осуществляется на пользу здоровью — это ее цель. Однако на пути достижения пользы для здоровья медицинская деятельность сопровождается издержками для него: умаление здоровья от патологии предотвращается меньшим — от лечения. Это — единственный вид деятельности, объектом и договорных, и внедоговорных (деликтных) отношений при осуществлении которой является здоровье. При осуществлении любых иных видов деятельности здоровье становится объектом только деликтных обязательств. На каких основаниях и при каких условиях умаление здоровья при осуществлении медицинской деятельности не является противоправным?

Эти вопросы и обуславливают необходимость установить детерминанты правовых оснований осуществления профессиональной медицинской деятельности, ее возмездности и умаления здоровья при ее осуществлении.

2.3.1. Детерминанты правовых оснований осуществления профессиональной медицинской деятельности

Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста (п. 1 ст. 69 Закона Об основах).

Аккредитация специалиста — процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной ме-

дицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи либо фармацевтической деятельности. Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже одного раза в пять лет в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (п. 3 ст. 69 Закона Об основах).

Отсюда, к осуществлению медицинской деятельности допускаются:

- выпускники профильных образовательных заведений;
- через процедуру административной аккредитации.

При этом объединенные по факту принадлежности к трудовому положению, к профессии или специальности (п. 1 ст. 76 Закона Об основах) профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками, вправе принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья, в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников, принимать участие в аттестации медицинских работников для получения ими квалификационных категорий. Медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают и утверждают клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (п. 2 ст. 76 Закона Об основах), а избранные — в аттестации врачей для получения ими квалификационных категорий; в заключении соглашений по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и в деятельности фондов обязательного медицинского страхования; в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (п. 3 ст. 76 Закона Об основах).

Образовательный статус выпускника профильного образовательного заведения Законом Об основах напрямую конвертируется в профессиональный статус специалиста через процедуру административной аккредитации, минуя медицинское сообщество, поскольку его органы наделя-

ются какими угодно иными функциями, но только не конституирующими само это сообщество.

Как и повсеместно за рубежом, образовательный статус выпускника профильного образовательного заведения является условием, но не основанием обретения профессионального статуса.

Основанием для получения профессионального статуса является **профессиональная пригодность**, т. е. соответствие требованиям, предъявляемым профессией. А это — функция медицины, профессионального сообщества, а не здравоохранения, отраслевого ведомства.

За рубежом с профильным образованием специалист приобретает профессиональную правоспособность, а профессиональную дееспособность — с признанием в качестве профессионала. И признает его в этом качестве не орган государственной власти, а орган профессионального сообщества.

В России за отсутствием сформированного профессионального сообщества, с одной стороны, и сохранением социалистического приоритета государства в управлении делами общества, с другой стороны, отраслевое ведомство попросту узурпирует общественные функции. Такое положение дел и оформлено Законом Об основах. В результате мало того, что выделяются избранные, особо допущенные отраслевым ведомством «профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками», но и уполномочиваются они на ограниченное «участие» в делах медицины, в делах, по существу, самого медицинского сообщества²⁸, а также, почему-то, в делах здравоохранения, в делах даже не столько отраслевого ведомства, сколько оплаты государством медицинских услуг в пользу граждан²⁹, к чему они, представляя профессию, а не отраслевое предпринимательство, отношения не имеют.

28 В разработке клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, норм и правил в сфере охраны здоровья, в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников, в аттестации медицинских работников для получения ими квалификационных категорий.

29 В заключении соглашений по тарифам на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования и в деятельности фондов обязательного медицинского страхования; в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Кроме того, подтверждение аккредитации в дальнейшем один раз в пять лет в административном порядке создает правовую неопределенность: поражается ли в правах специалист, не прошедший очередную аккредитацию, и с какими последствиями.

Таким образом, вместо допуска к профессии через органы медицинского сообщества Закон Об основах устанавливает право на осуществление медицинской деятельности в порядке административной аккредитации. Образовательный статус выпускника профильного учебного заведения напрямую приравнивается к профессиональному статусу специалиста. Аккредитация специалиста не находит в Законе Об основах раскрытия ее правового значения для осуществления профессиональной деятельности.

2.3.2. Детерминанты правовых оснований возмездности медицинской деятельности

Квинтэссенция правовых оснований возмездности медицинской деятельности по Закону Об основах заложена в положении п. 8 ст. 84: к отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг, применяются положения Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 года N 2300-I «О защите прав потребителей». Иными словами, потребительскими – и потому возмездными – признаются отношения, источник платежей в которых имеет сугубо частную природу. Хотя это прямо и не установлено, подразумевается, что к отношениям, в которых плательщиком является государство, нормы законодательства о защите прав потребителей не применяются.

Тем самым, если в соответствии с прежними Основами граница пролегла между государственным и муниципальным здравоохранением, с одной стороны, и частной медициной, с другой стороны, то в соответствии с Законом Об основах — между медицинской деятельностью, финансируемой по программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и «платными» медицинскими услугами. При этом в отличие от прежних Основ, не знавших еще категории «платных» услуг, под ними подразумевается не только деятельность субъектов частной медицины, но и автономных и бюджетных государственных учреждений здравоохранения за счет средств иных, чем из государственной казны. Иными словами, если государственные учреждения здравоохранения и частные медицинские организации осуществляют деятельность вовне программ государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам медицинской помощи, то она подпадает под действие законодательства о защите прав потребителей, а если в рамках этих программ — не подпадает.

Таким своеобразным образом – по источникам финансирования – различая медицинскую деятельность, Закон Об основах никак не определяет характер той и другой. Различия закладываются в том, что в рамках программ государственных гарантий осуществляется бесплатное оказание гражданам медицинской помощи, а за плату из других источников — «платные» медицинские услуги. Иными словами, медицинская помощь оказывается бесплатно для граждан за счет средств государственной казны, а медицинские услуги оказываются за плату из частных источников.

В парадигме различий характера деятельности с результатом, имеющим или не имеющим товарную форму, медицинская помощь в рамках программ государственных гарантий объяснения не находит. Если детерминантами являются программы государственных гарантий, то — для финансирования деятельности по оказанию медицинской помощи или для определения самой этой деятельности? Если результат деятельности по оказанию медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий не имеет формы товара, то какой является эта деятельность?

Этих вопросов не возникло бы, будь это деятельность государства по финансовым предоставлениям гражданам, подобно социальным выплатам по беременности и родам, временной нетрудоспособности и т.п., только с целевым назначением на оплату медицинской помощи вовне государства. Но, во-первых, это деятельность не государства, а учреждений здравоохранения (хотя бы и государственной принадлежности) и допущенных к этому частных медицинских организаций в рамках программ государственных гарантий; во-вторых, это не финансовые предоставления субъектов медицинской деятельности гражданам; в-третьих, это деятельность по поводу здоровья как объекта в принадлежности правообладателей-граждан. Иными словами, это особая (по поводу здоровья) деятельность, лишь финансируемая в рамках программ государственных гарантий, а осуществляемая не государством. Она заключается в предоставлениях гражданам того, что им необходимо исключительно для личных нужд — в потребительских предоставлениях.

Однако значение потребительских предоставлений безразлично для Закона Об основах. Потребительский характер оборота медицинских

услуг никак им не учитывается. Волеизъявлением граждан — получателей медицинской помощи (медицинских услуг) Закон Об основах пренебрегает: «...информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента» (п. 7 ст. 20), но «...порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» (п. 8 ст. 20). Речь идет о форме или формуляре? Форму сделки (письменную, устную или нотариальную) устанавливает гражданское законодательство. Добровольное информированное согласие — это односторонняя сделка, письменную форму которой легализует закон. А на каком основании исполнительная власть утверждает формуляр добровольного информированного согласия? А если пациент или его представитель отказывается что-либо подписывать, не отказываясь от медицинского вмешательства? И что индивидуального для блага в правообладании гражданина можно конкретизировать в типовом ведомственном формуляре?

Врачебную тайну (ст. 13) Закон Об основах делает доступной для всех за счет исключений (п/п. 4), а также при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи — даже с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных (п/п. 8); в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности (п/п. 10).

Договорные основания медицинских предоставлений вопреки установлениям общего законодательства Законом Об основах тоже никак не учтены: он касается каких угодно иных договоров, но только не договоров купли-продажи товаров, выполнения работ, оказания услуг медицинского назначения.³⁰

30 Международный договор Российской Федерации (п. 5 ст. 1; п/п. 17 п. 1 ст. 14; п. 3 ст. 19; п. 6 ст. 69; п/п. 3 п. 5 ст. 84); договор об оказании платных медицинских услуг, в т.ч. добровольного медицинского страхования (п. 2 ст. 84, п. 2 ст. 19; п. 6 ст. 26); о суррогатном

Безразличие Закона Об основах к основаниям медицинских предоставлений вполне убедительно демонстрирует п/п. 2 п.5 ст. 84: «медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги ... при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации». Может ли договор быть заключен с анонимом?

Очевидно, по общему правилу, правовым основанием осуществления медицинской деятельности Закон Об основах признает государственное задание, обеспеченное соответствующими субсидиями, а прочие возможности отнесены к исключениям.

В подтверждение этому Закон Об основах минует универсалию хозяйственного процесса осуществления медицинской деятельности, состоящий из оказания медицинских услуг. Он сосредоточивается лишь на медико-организационных вопросах и вопросах финансирования охраны здоровья (точнее, медицинской деятельности) государством. При этом правовая природа ни платежных отношений, ни потребительских предоставлений при осуществлении медицинской деятельности им не раскрыта.

С одной стороны, Закон Об основах не касается оборота медицинских услуг, просто обходя стороной любые упоминания о рынке. Фактически положения о «платных» услугах обращены к государственным учреждениям здравоохранения. Частная медицина, как и прежде, остается прозрачной для регулирования специальным законодательством, будучи в сфере действия общего законодательства, регулирующего оборот товаров, работ, услуг в реальном секторе экономики.

С другой стороны, Закон Об основах устанавливает режим администрирования не только оплаты медицинской деятельности за счет средств государственной казны (в рамках программ государственных гарантий), но и самого осуществления этой деятельности вне зависимости от источников ее финансирования (через положения об оплате внеоборотной категории медицинской помощи, контроле ее качества, об администра-

материнстве (п. 9 ст. 55); о проведении клинических исследований (п/п. 1–2 п. 1 ст. 74); о практической подготовке медицинских работников (п. 2 ст. 77).

тивных порядках и стандартах ее оказания, в том числе при оказании «платных» медицинских услуг).

Таким образом, в соответствии с Законом Об основах возмездность оказания медицинской помощи достигается ценой поражения в правах ее получателей. Медицинские предоставления в потребительском обороте выстраиваются по правилам отраслевого ведомства, а не в соответствии с нуждами и волеизъявлением их получателя. Субъекты медицинской деятельности Законом Об основах понуждаются к соблюдению этих правил, а не интересов получателей медицинских предоставлений. По существу, им запрещается руководствоваться интересами граждан ради получения за это соответствующего вознаграждения, поскольку и оплата производится, и ответственность по этой оплате наступает по совершенно иным критериям в рамках правил отраслевого ведомства.

2.3.3. Детерминанты правовых оснований умаления здоровья при осуществлении медицинской деятельности³¹

Поскольку медицинская деятельность — единственная из всех, объектом равно договорных и внедоговорных обязательств при осуществлении которой является здоровье, постольку вопрос о том, где граница между правомерным и неправомерным причинением телесных повреждений, является чрезвычайно важным.

И именно о причинении телесных повреждений может идти речь, поскольку не являются вредом такие повреждения органов и тканей, которые обращены к выздоровлению, излечению.

В связи с этим было неправильным менять в этой части формулировки Правил судебно-медицинского определения степени тяжести телесных повреждений³² 1978 г. на формулировки Правил определения степени тяжести вреда³³, причиненного здоровью человека, 2007 г. и Медицинских критериев³⁴ определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Уже само по себе то, что презюмируется вред (даже причинен-

31 Тихомиров А.В. Законодательная реформа здравоохранения: обсуждение и выводы (продолжение) // Главный врач: хозяйство и право. – 2012. – № 3. – 26–32 с.

32 Утверждены Приказом Минздрава СССР от 11 декабря 1978 г. N 1208.

33 Утверждены Постановлением Правительства РФ от 17 августа 2007 г. N 522 (с изменениями от 24 марта, 17 ноября 2011 г.).

34 Утверждены Приказом Минздравсоцразвития РФ от 24.04.2008 г. № 194-н.

ный правомерными действиями, не нарушающими нравственные принципы общества — п.3 ст.1064 ГК РФ) вместо телесных повреждений, относит медицинскую деятельность к несущей в первую очередь вред.

Между тем, медицинская деятельность ориентирована на пользу, а не на вред для здоровья пациента — без этого она не развивалась бы во времени как правомерная и не нарушающая нравственные принципы общества.

Медицинская деятельность сокращает или устраняет вред здоровью от патологии, ради чего приходится идти на позволяющие этого добиться щадящие, заведомо меньшие повреждения органов и тканей организма — большее зло устраняется меньшим злом. Обусловленные правилами медицины телесные повреждения в интересах здоровья пациента никак не тождественны вреду, даже причиненному правомерно и не нарушающему нравственные принципы общества³⁵.

Вместе с тем при этом возможны вредообразующие отклонения. Если при осуществлении медицинской деятельности допускается пренебрежение волей и интересами здоровья пациента с превышением пределов обусловленных правилами медицины необходимых и достаточных телесных повреждений, то мера такого превышения, несомненно, представляет собой вред.

Следовательно, неизбежно существование требований безопасности, чтобы превышение пределов обусловленных правилами медицины необходимых и достаточных телесных повреждений при осуществлении медицинской деятельности не только могло быть идентифицировано, но и всесторонне упреждено либо адекватно устранено при его допущении.

Закон Об основах все вопросы вреда и безопасности медицинской деятельности обходит стороной. Понятие вреда и безопасности медицинской деятельности им не раскрывается – ни в глоссарии, ни в отдельных положениях.

Реплики действующего общего законодательства, что пострадавший имеет право на возмещение вреда (п/п. 9 п. 5 ст. 19), как и то, что за причинение вреда наступает ответственность (ст. 98), и такая ответственность может быть застрахована в соответствии с федеральным законом (п/п. 10

35 Например, от вынужденного отсечения конечности, безнадежно зажатой в условиях похода или стихийного бедствия.

п. 1 ст. 79), явно недостаточно для раскрытия указанной выше специфики медицинской деятельности. Равным образом, не является новеллой, что незаконное занятие народной медициной или причинение вреда жизни или здоровью граждан при занятии ею влечет правовую ответственность (п. 7 ст. 50).

Вместо установления вредоносности медицинской деятельности для Закона Об основах оказалось важным вменение субъектам медицинской деятельности обязанности доносительства правоохранительным органам о пациентах с подозрительной патологией (п/п. 5 п. 4 ст. 13, п/п. 9 п. 1 ст. 79) и администрирование порядков проведения судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз и определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека (п. 2 ст. 62), наряду с перечнем вредных и (или) опасных производственных факторов и работ (ст. 24). Равным образом, не параметризация вреда, а оценочное суждение о его значительности установлено Законом Об основах в качестве критерия решения об изъятии органов и тканей для трансплантации (пересадки) у живого донора (п. 2 ст. 47).

Напротив, со всей строгостью Закон Об основах относится к мониторингу безопасности медицинских изделий, регистрации побочных действий, нежелательных реакций при применении медицинских изделий, фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения вреда жизни и здоровью людей при обращении зарегистрированных медицинских изделий (п/п. 15 п. 1 ст. 14).

Тем самым безопасности медицинской деятельности Законом Об основах придается значение теоретической вероятности в отличие от безопасности товаров медицинского назначения.

Исключительное сочетание безопасности с качеством медицинской помощи в тексте Закона Об основах вызывает вопросы об их соотношении. Если понятие качества медицинской помощи³⁶, несмотря на абсурдность, все же раскрыто в Законе Об основах, то понятия качества медицинской деятельности и безопасности — нет. Однако установить целую инфраструктуру контроля качества и безопасности медицинской деятель-

36 Качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата (п/п. 21 ст. 2)

ности отсутствие определения объектов контроля не помешало. Как не помешало свести все к медико-организационным приоритетам такого контроля: наряду с соблюдением требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации — определение показателей качества деятельности медицинских организаций; соблюдение объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроль качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании; и даже создание системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг и информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности (п. 2 ст. 87 Закона Об основах). Возникает вопрос: и где же при осуществлении контроля качества и безопасности медицинской деятельности — если уж принимать его за контроль качества медицинской деятельности — хотя бы малейшее касательство безопасности? По смыслу Закона Об основах безопасность медицинский деятельности — это не достойный упоминания придаток контроля качества медицинской деятельности.

Если бы медицинская деятельность ограничивалась финансовыми отношениями по государственному заказу в рамках бюджетного процесса, то установления параметров предоставления в обмен на его денежный эквивалент было бы достаточно. Но, во-первых, медицинским является предоставление не в пользу государства, а в пользу общества, в связи с чем это не государственный, а социальный заказ; во-вторых, отношения в связи с оказанием медицинской помощи складываются за рамками бюджетного процесса, чтобы подлежать регулированию нормами бюджетного законодательства; в-третьих, медицинской является деятельность по поводу не общественного здоровья в целом, а здоровья каждого отдельного гражданина, и именно индивидуальному здоровью может быть причинен ущерб при ее осуществлении.

Отсюда разрешительная система в целом — и государственный надзор за осуществлением медицинской деятельности, и контроль ее качества и безопасности — должна быть приведена только к степени удовлетворения индивидуальных интересов здоровья граждан, а не требований отраслевого государственного ведомства. И если для государства в качестве

плательщика в пользу граждан значение имеет рациональное расходование средств казны на цели медицинской деятельности, то для общества — в первую очередь, это вопрос соотношения пользы и вреда для здоровья граждан.

Обязательства из причинения вреда при осуществлении медицинской деятельности — универсалии настоящего времени вне зависимости от того, насколько новый Закон Об основах сохраняет архаичную организацию социалистического здравоохранения. Если положения законодательства о защите прав потребителей применяются к отношениям, связанным с оказанием платных медицинских услуг (п. 8 ст. 84 Закона Об основах), то это не означает, что обязательства из причинения вреда здоровью не относятся к медицинской деятельности, осуществляемой в рамках программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, или любой иной в связи или вне связи с потребительскими отношениями.

То, что Закон Об основах игнорирует вредоносность медицинской деятельности, означает лишь то, что вместо специальных правил, которые он должен был бы содержать, причинение вреда при оказании медицинской помощи будет и дальше квалифицироваться по правилам общего законодательства.

Иными словами, вместо того, чтобы заложить безопасность пациентов в центр административного и судебного правоприменения, Закон Об основах, пренебрегая ею, сосредоточивается на неподлежащей администрированию категории качества медицинской деятельности (и сомнительной категории качества медицинской помощи) в ущерб иному правоприменению, кроме ведомственного, и, тем более, судебному правоприменению, которое в отсутствие специальных норм права о вредоносности медицинской деятельности использует положения общего законодательства. Отсюда, помимо прочего, одни и те же юридические факты по-разному интерпретируются и оцениваются в порядке административного и судебного правоприменения.

Таким образом, социальная ценность медицинской деятельности не только в том, чтобы приносить пользу здоровью граждан в случае патологии (заболевания, травмы, отравления), но и в том, чтобы не причинять при этом вред, дополнительный к вреду от патологии — за пределами обусловленных правилами медицины телесных повреждений. Но безопас-

ность пациентов не является приоритетом Закона Об основах — важнее оказывается обязывание субъектов медицинской деятельности перед отраслевым ведомством по совершенно другим поводам. Тем самым вред от медицинской деятельности возможен, а безопасность пациентов государству не интересна, притом что судебное правоприменение вынуждено ею заниматься, в то время как административное правоприменение сосредоточено на совершенно иных, отвлеченных и далеких от безопасности пациентов проблемах.

ОБОБЩЕНИЕ

Структура Закона Об основах в целом не подверглась радикальным изменениям. Из него исключено 15 статей Основ, содержание которых не удалено, а в модифицированном виде рассеяно по другим статьям. Одновременно добавлено 19 новых статей (19,4%). При этом в 1,4 раза произошло сокращение числа статей определяюще-разъясняющих при удвоении числа медико-организационных статей.

Объем Закона Об основах удвоился за счет увеличения объема каждой отдельной статьи по сравнению с Основами в среднем в 1,4 раза, по преимуществу (1,8 раза) за счет объема медико-организационных статей и на 15% — за счет дополнительных статей, в основном, предписывающе-обязывающих.

При увеличении по сравнению с Основами объема Закона Об основах в два с лишним (2,1) раза частота употребления понятия органов (государственных, исполнительной власти, муниципальных, управления здравоохранением) увеличилась почти в 5 (4,7) раз, из них более чем в половине случаев (54,1%) — это «уполномоченный федеральный орган исполнительной власти». Законом Об основах придается контролю в 3,3 раза большее, ответственности в 1,6 раза, а вреду — в 3 раза меньшее значение, чем Основами. Положений статьей, апеллирующих к обязанностям подвластных, в Законе Об основах в 3 раза больше, чем в Основах, притом что обязанности власти отнесены к «полномочиям» соответствующих органов. Удвоение объема Закона Об основах обусловлено как увеличением объема каждой отдельной статьи в 1,4 раза, так и увеличением в 1,8 раза объема медико-организационных статей, а также за счет предписывающе-обязывающих статей (15%), которых в Основах попросту не было.

Закон Об основах не устанавливает определенность и целостность в заданных пределах сохранения качественной специфики предмета (а потому — и ясность метода) правового регулирования, перечисляя лишь отдельные элементы правоотношений, устраняя обязанности государственных и муниципальных органов на фоне предоставленной им свободы предписаний, без взаимного согласования экономики, права и организации в сфере охраны здоровья. Кроме единственной нормы, отсылающей к общему законодательству, иных установлений, тем более раскрываю-

щих объем и содержание ответственности субъектов публичного права, в том числе по основаниям иным, чем за обеспечение гарантий в сфере охраны здоровья, в Законе Об основах нет.

Несмотря на то, что обеспечение гарантий и обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья — не одно и то же, Закон Об основах не содержит даже отсылочной нормы применительно к ответственности субъектов публичного права за пороки обеспечения или за нарушение прав граждан в этой сфере.

Закон Об основах не сосредоточен в формате, предмете и методах, чтобы быть реальным актом регулирования общественных отношений в заявленной сфере. Вместо соответствия характеру потребностей охраны здоровья граждан он отдает очевидное предпочтение ведомственному руководству по вертикали субординации, которое состоит в свободе публичных действий в рамках предоставленных полномочий и которое свободно от публичного бремени ответственности за состояние охраны здоровья граждан.

Рамками полномочий федеральных органов государственной власти ограничивается употребление Законом Об основах понятия «политика» (и ее проведения). Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти вместо центрального федерального органа исполнительной власти (Правительства РФ) уполномочен осуществлять функции выработки государственной политики и вместо органов законодательной власти — нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения. Понятно, что в ведении Российской Федерации находятся (ст. 71 Конституции РФ) регулирование и защита прав и свобод человека и гражданина; установление системы федеральных органов законодательной, исполнительной и судебной власти, порядка их организации и деятельности; формирование федеральных органов государственной власти; установление основ федеральной политики и федеральные программы в области государственно-экономического, социального и др. развития Российской Федерации и пр. Но не понятно, почему эти вопросы в сфере охраны здоровья вместо того, чтобы разрешаться собственно федеральным законом, законом делегированы, и даже не центральному органу исполнительной власти, а уполномоченному федеральному органу исполнительной власти, который осуществляет всеобъемлющие функции руководства, установления и контроля и надзора исполнения норм в сфере охраны здоровья. Всего он

наделен Законом Об основах, по меньшей мере, 126 полномочиями. При этом не столько органам государственной власти субъектов Российской Федерации переданы Российской Федерацией, сколько некоторые из делегированных законом вопросов поделены им между «уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» и – по его усмотрению – региональными органами государственной власти – полностью или в части. Аналогично, федеральный закон отсылает не к региональным законам и определяет не их содержание и пределы, а полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан на территории региона.

Ни одна из перечисленных Законом Об основах обязанностей медицинских организаций, в том числе участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, не подкреплена санкциями за несоблюдение. Общее же законодательство содержит санкции за отдельные правонарушения помимо и вне зависимости от Закона Об основах. Обязанности организаций в действительности вытекают из установленных другими законами требований, подкрепленных санкциями за неисполнение. Перечисление обязанностей Законом Об основах ничего – ни отраслевой специфики, ни дополнительных обязанностей, ни каких-либо особых или специальных оснований санкций – не добавляет к существующим установлениям общего законодательства. А некоторые положения, например, о проведении пропаганды здорового образа жизни и санитарно-гигиенического просвещения населения и ему подобные, остаются вообще заведомо декларативными и не обязательными к исполнению. Реальная ответственность для медицинских организаций вытекает только из экономических отношений, регулируемых гражданским законодательством, но Закон Об основах их попросту не касается.

Правами и обязанностями Закон Об основах наделяет не только медицинские организации как хозяйствующих субъектов, но и их работников, т. е. лиц, находящихся с ними в трудовых отношениях.

Те относительные обязанности, которые возникают у работников в отношениях с работодателем, или даже в отношениях работодателя с потребителями, возведены Законом Об основах в ранг абсолютных, независимых от характера отношений. Ответственность же за их несоблюдение и в этом случае вытекает из факта нарушения не Закона Об основах, а

наличия признаков состава уголовного или административного правонарушения либо гражданско-правовых последствий.

Медицинские работники наделяются правами на гарантии, причем на основные, по общему правилу, предусмотренные трудовым законодательством, а при наличии на то политической воли — и на расширения этих гарантий в последующем. Иными словами, под правами медицинских работников Закон Об основах подразумевает не их частноправовые свободы, а ограниченный перечень дозволений, прежде всего, в рамках трудовых отношений.

Приоритеты в Законе Об основах выстроены таким образом, что субъекты публичного права в сфере охраны здоровья вместо предписанных ограничений наделяются свободами полномочий, а субъекты частного права вместо гражданских свобод — ограничительно-выборочными правами и обязанностями без различий того, работодатель это или медицинский работник, производитель или потребитель медицинских услуг.

Вопросы, вызываемые ключевыми понятиями и положениями Закона Об основах, ответа не находят, а то, что вопросы возникают, свидетельствует о том, что он не достигает необходимой ясности регулятора, гармоничности в ряду других законов и формальной определенности правового акта.

В целом, Закон Об основах превзошел Основы в объеме, но не в смысловом наполнении, которое реакционно поменяло прежний вектор переходного движения в направлении гражданского общества на возвращение к ручному управлению регулярного государства обществом в социальной сфере.

Закон Об основах не только сохранил действующую социалистическую модель организации здравоохранения в капиталистическом государстве, но и легитимировал верховенство ведомства, «уполномоченного федерального органа исполнительной власти» в обороте товаров, работ и услуг в сфере охраны здоровья. Если прежние Основы 1993 г. предприняли — пусть и несовершенный, противоречивый и далеко не полноценный — шаг в сторону гражданского оборота в отрасли, то новый закон не просто возвращает здравоохранение к рубежу до принятия Основ, но и ужесточает социалистический административно-командный режим в условиях, в которых он в нынешних условиях культивироваться не может.

Вместо достижения формальной определенности положений Закон Об основах создает неясность и порождает вопросы. Вместо размежевания социальных институтов и социальных групп по характеру деятельности, результат которой имеет или не имеет товарную форму, Закон Об основах просто подчиняет первых вторым, а с этим — частнопроводные отношения товарообмена публичному администрированию со стороны государственного отраслевого ведомства. Законом Об основах ведомству предоставляются юридические инструменты административной субординации гражданско-правовых институтов в сфере охраны здоровья. Если хозяйственная активность субъектов медицинской деятельности Законом Об основах подчиняется ведомственному администрированию, то в части ответственности акцент смещается с работодателя на работника, положение которого также администрируется государственным отраслевым ведомством через посредство неизвестной правовой природы института аккредитации специалистов. С этим вводится также неизвестной правовой природы страхование профессиональной ответственности. При этом организациям медицинской общественности для демпфирования гражданской ответственности объединяемых субъектов медицинской деятельности вменяется обязанность получить допуск от государственного отраслевого ведомства. В соответствии с Законом Об основах положение субъектов медицинской деятельности детерминировано не их позицией в обороте товаров, работ, услуг медицинского назначения, а тем, которое признано отраслевым ведомством. Вопреки различиям характера регулируемых Законом Об основах общественных отношений их субъектный состав смешан и обобщен в вертикаль субординации отраслевому ведомству под инновационным названием «уполномоченный федеральный орган исполнительной власти».

Собственно медицинская деятельность в соотношении составляющих ее элементов не получила необходимого раскрытия в Законе Об основах, чтобы можно было пользоваться соответствующими понятиями в правоприменительной практике.

Налицо подмена понятий товарных объектов экономического оборота медико-организационными понятиями ведомственного здравоохранения. Такой необоротный объект, как здоровье, вообще остался за пределами внимания Закона Об основах, хотя бы и упомянут в понятийном аппарате в неупотребимой в правоприменительной практике формулировке. Вопреки различиям характера регулируемых Законом Об основах обще-

ственных отношений их объектный состав смешан им и обобщен в рамках признания «уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». Объектный состав медицинской деятельности детерминируется отраслевым ведомством, а не конъюнктурой отраслевого оборота. В ведомственном обороте воспроизводятся те системные пороки детерминант, в том числе объектов медицинской деятельности, которые и породили длящийся два десятилетия кризис социалистического здравоохранения в капиталистическом обществе.

Вместо допуска к профессии через органы медицинского сообщества Закон Об основах устанавливает право на осуществление медицинской деятельности в порядке административной аккредитации. Образовательный статус выпускника профильного учебного заведения напрямую приравнивается к профессиональному статусу специалиста. Аккредитация специалиста не находит в Законе Об основах раскрытия ее правового значения для осуществления профессиональной деятельности.

С одной стороны, Закон Об основах не касается оборота медицинских услуг, просто обходя стороной любые упоминания о рынке. Фактически положения о «платных» услугах обращены к государственным учреждениям здравоохранения. Частная медицина, как и прежде, остается прозрачной для регулирования специальным законодательством, будучи в сфере действия общего законодательства, регулирующего оборот товаров, работ, услуг в реальном секторе экономики.

С другой стороны, Закон Об основах устанавливает режим администрирования не только оплаты медицинской деятельности за счет средств государственной казны (в рамках программ государственных гарантий), но и самого осуществления этой деятельности вне зависимости от источников ее финансирования (через положения об оплате внеоборотной категории медицинской помощи, контроле ее качества, об административных порядках и стандартах ее оказания, в том числе при оказании «платных» медицинских услуг).

В соответствии с Законом Об основах возмездность оказания медицинской помощи достигается ценой поражения в правах ее получателей. Медицинские предоставления в потребительском обороте выстраиваются по правилам отраслевого ведомства, а не в соответствии с нуждами и волеизъявлением их получателя. Субъекты медицинской деятельности Законом Об основах понуждаются к соблюдению этих правил, а не ин-

тересов получателей медицинских предоставлений. По существу, им запрещается руководствоваться интересами граждан ради получения за это соответствующего вознаграждения, поскольку и оплата производится, и ответственность по этой оплате наступает по совершенно иным критериям в рамках правил отраслевого ведомства.

Социальная ценность медицинской деятельности не только в том, чтобы приносить пользу здоровью граждан в случае патологии (заболевания, травмы, отравления), но и в том, чтобы не причинять при этом вред, дополнительный к вреду от патологии — за пределами обусловленных правилами медицины телесных повреждений. Но безопасность пациентов не является приоритетом Закона Об основах — важнее оказывается обязательство субъектов медицинской деятельности перед отраслевым ведомством по совершенно другим поводам. Тем самым вред от медицинской деятельности возможен, а безопасность пациентов государству не интересна, притом что судебное правоприменение вынуждено ею заниматься, в то время как административное правоприменение сосредоточено на совершенно иных, отвлеченных и далеких от безопасности пациентов проблемах.

ВЫВОДЫ

Закон современного капиталистического общества в России воспроизводит несоответствующую ему социалистическую модель нетоварно устроенной организации здравоохранения вопреки товарной организации общества.

Закон Об основах игнорирует положения действующего общего законодательства, вводя не согласующиеся с ними новые квазиправовые понятия, категории, конструкции.

Закон не имеет единой ясной, оформленной, определенной цели. Если целью является определение роли государства в отрасли социальной сферы — это одно, регулирование гражданского оборота — это другое, и т. д. Из существующего текста закона вытекает, что его целью был мозаичный мелочный лоскутный охват всего, но не системный, основанный на вынужденной, структурированной, соответствующей политическим, экономическим и юридическим реалиям теории, профессионально грамотный организационный подход к целесообразным изменениям нынешнего несостоятельного устройства отрасли здравоохранения в масштабах прогнозируемых изменений социальной сферы в целом и социальной политики государства вообще. Это приводит к девальвации самой идеи изменения существующих и давно устаревших Основ законодательства об охране здоровья граждан.

В законе смешано публичное и частное право. Компетенция публичных образований сочетается не с экономической организацией отраслевого гражданского оборота, а с медико-организационными технологиями в последовательности оказания профессиональной помощи, которые не только не отделены от административных, трудовых и гражданско-правовых отношений (которые тоже не дифференцируются), но и детерминируют (а во многом и заменяют) последние. Это приводит к тому, что медицинские (а не правовые) категории становятся отправной точкой правового акта.

Закон Об основах не различает или отождествляет охрану здоровья медицинскими средствами и защиту здоровья правовыми средствами. Защита здоровья законом в условиях свободы реализации правообладателем права на здоровье заменяется охраной здоровья в узком коридоре

ре предписаний уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

В законе не позиционированы интересы участников общественных отношений в здравоохранении. Понятно, что, например, приобретатель и отчуждатель руководствуются каждый своим интересом: первый заинтересован в приобретении товара, поступившись оплатой, второй — в оплате, поступившись товаром. Государство как публичное образование заинтересовано в нормализации ситуации в обществе, а как участник гражданско-правовых отношений в одном случае делает приобретения в свою пользу (в порядке государственного заказа), в другом — выступает плательщиком в пользу общества (в социальной сфере). Законом всем участникам общественных отношений, обладающим каждый своим — и противоположным другим, в том числе — интересом, придается единый интерес (который к тому же аморфен и невнятен). Неправильное позиционирование интересов делает закон нежизнеспособным на перспективу его возможного действия. Не распределение публичных компетенций приводит к ожидаемому социальному результату, а экономическая эффективность хозяйствующих субъектов в социальной сфере. Иными словами, социальный результат зависит от того, насколько эффективно государство в своих вложениях в социальную сферу, т.е. как работают государственные средства, конвертируя экономическую эффективность хозяйствующих субъектов в социальный результат.

В соответствии с Законом Об основах не ведомственное здравоохранение ответственно перед обществом, а медицина ответственна перед ведомственным здравоохранением. Закон Об основах ориентирован на осуществление властного руководства подвластными в сфере охраны здоровья, создание для них запретов и ограничений, но не на регулирование общественных отношений в гражданском обороте в отрасли.

Закон Об основах устанавливает очевидный разрыв между бюджетной организацией здравоохранения и обязательственной организацией отраслевого оборота, как и очевидный разрыв между административным и судебным правоприменением.

В законе не проведено различий институтов, которые в здравоохранении сложились, складываются и будут складываться в будущем. Публичные, финансовые и товарные институты рассматриваются как единое целое, в то время как каждый из них нуждается в определении самостоя-

тельного правового режима дифференцированно от остальных. Это приводит к тому, что мера регулирования одного из них распространяется на остальные без ограничения пределами применимости.

Мерой правового регулирования законом признается только административный императив ограничений и запретов. В нем нет норм права, пригодных для целей регулирования гражданского оборота в здравоохранении. Закон в целом представляет собой не более чем подобие ведомственной инструкции конца 80-х.

Закон ориентирован в пользу государства, а не в пользу общества при том, что и оказание, и оплата медицинских услуг складывается в обществе и происходит в пользу и в интересах общества. Предлагаемый публичный императив «строит» общество по государственной разрядке в здравоохранении — частноправовая сфера в отрасли для закона прозрачна.

Закон не меняет существа действующей отечественной организации здравоохранения, сохраняя все присущие ей системные пороки, которые неизбежно будут чаще и больше себя проявлять, чем это было до настоящего времени, поскольку отраслевой кризис не может в связи с этим не усугубляться.

Декларативность большинства положений закона делает его невыполнимым и ничего не дает для участников общественных отношений в отрасли — ни для врачей, ни для пациентов, а для медицинских организаций — только дополнительные к существующим непродуктивные ограничения и запреты.

А.В. Тихомиров

ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Авторский дайджест

Подписано в печать 31.08.2012. Формат 60x84^{1/16}

Печать цифровая. Бумага 80 гр/м²

Тираж 150 экз.

НП ИЦ «ЮрИнфоЗдрав»

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.16, к.2.

Тел./факс (495) 618-00-81

E-mail: jurinfozdrav@jurinfozdrav.ru

Отпечатано в ООО «ТР-принт»

127055, г. Москва, Приютский пер., д.3