

Л. А. Эртель

**РЕАЛИЗАЦИЯ ПРАВА НА ЗДОРОВЬЕ: НЕКОТОРЫЕ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ НОВЕЛЛЫ**

Институт экономики и управления в медицине и социальной сфере, Краснодар

Принятая Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г. Всеобщая декларация прав человека положила начало международному признанию принципа уважения достоинства человека.

Несмотря на отсутствие в документе отдельной статьи, посвященной праву на охрану здоровья, Декларация определяет необходимость медицинского ухода и компенсацию в случае нетрудоспособности, закрепляя право на достаточный жизненный уровень. Обратившись к тексту ст. 25 Декларации, мы видим, что государства-участники гарантировали каждому человеку право на такой жизненный уровень, включая пищу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслуживание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи. Кроме того, эта же статья гарантирует гражданам право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по не зависящим от него обстоятельствам [1].

Принятый 16 декабря 1966 г. в развитие Декларации Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах [4] определил самостоятельную правовую норму, сформулированную статьей, где перечислил меры, которые государства-участники обязуются принимать в целях реализации прав на здоровье, включающие мероприятия, необходимые для:

- обеспечения сокращения смертности и детской смертности;
- обеспечения здорового развития ребенка;
- улучшения всех аспектов гигиены внешней среды и труда в промышленности;
- предупреждения и лечения эпидемических, эндемических, профессиональных и иных болезней и борьбы с ними;
- создания условий, которые обеспечивали бы всем в случае болезни медицинскую помощь и медицинский уход.

Право на здоровье человека, закрепленное многочисленными международными и региональными договорами по правам человека, а также национальными конституциями всего мира, охватывает не только своевременное и надлежащее оказание медицинской помощи. Это право формулирует исходные детерминанты здоровья, например доступ к безопасным пищевым продуктам, питанию и жилью, здоровым производственным и экологическим условиям, доступ к образованию, информации в области охраны здоровья, в том числе сексуального и репродуктивного.

С развитием общества в элементах права на здоровье появляются особые институциональные изменения.

♦ Сделан акцент на обязательность в достаточном количестве функционирующих учреждений общественного здравоохранения и медицинской помощи, товаров и услуг, а также программ.

♦ Требуется доступность в пределах юрисдикции государства, которая определяется четырьмя частично совпадающими измерениями:

- отсутствием дискриминации;
- физической доступностью;
- экономической доступностью (доступностью по цене);
- доступностью информации.

Требуется приемлемость элементов, обеспеченная со-

блюдением медицинской этики, культурной уместностью, учитывающая гендерный фактор и возрастные потребности.

Требуется качество, обусловленное адекватностью в научном и медицинском отношении медицинских учреждений и предоставляемых товаров и услуг.

Дальнейшие институциональные изменения усматриваются в том, что государство возлагает на себя следующие обязанности:

соблюдать права: не препятствовать пользованию правом на здоровье;

защищать права: обеспечить охрану от посягательства на пользование правом на здоровье от третьих сторон (субъекты, не являющиеся представителями государства); обеспечивать права: принимать и применять активные меры по реализации права на здоровье.

Право на здоровье имеет также "сущностное содержание", под которым подразумевается минимальный необходимый уровень этого права.

Ключевые элементы, призванные служить руководством в процессе установления приоритетов, формулируются в виде национальной задачи:

- в основной набор включаются необходимая первичная медико-санитарная помощь, минимальная необходимая и питательная пища, санитария, безопасная питьевая вода и основные лекарственные средства;
- вторичная ключевая обязанность состоит из принятия и осуществления национальной стратегии, принятия плана действий в области общественного здравоохранения.

Вторичная ключевая обязанность должна удовлетворять потребности всего населения в области охраны здоровья, разрабатываться и периодически пересматриваться на основе совместного прозрачного процесса, содержать исходные данные и показатели, с помощью которых можно осуществлять тщательный мониторинг прогресса, уделяя особое внимание всем уязвимым и маргинализированным группам населения.

Международным документом, закрепляющим на общеевропейском уровне правовые нормы в социальной сфере, является Европейская социальная хартия (пересмотренная) [2], подписанная от имени Российской Федерации в Страсбурге 14 сентября 2000 г. и ратифицированная 3 июня 2009 г. [6]. Ратифицировав Хартию, Российская Федерация приняла на себя обязательства по созданию дополнительных гарантий обеспечения, защиты, реализации социальных и экономических прав граждан, в частности в отношении ст. 11 "Право на охрану здоровья" с принятием мер, направленных на:

- устранение, насколько это возможно, причин нарушения здоровья;
- предоставление услуг консультационного и просветительского характера, направленных на укрепление здоровья и поощрение личной ответственности за свое здоровье;
- предотвращение, насколько это возможно, эпидемических, эндемических и других заболеваний, а также несчастных случаев.

В то же время ст. 13 Хартии "Право на социальную и медицинскую помощь" не была предложена к ратификации как влекущая за собой дополнительные финансовые обязательства. Несмотря на это, ратификация Хартии предоставила дополнительные гарантии обеспечения защиты и развития права на охрану здоровья и возможность для поиска пути эффективного обеспечения прав и свобод

человека на основе общеевропейских стандартов, ориентируя на проведение реформ в сфере здравоохранения.

В целях реализации поставленных задач в Российской Федерации приняты законодательные акты, регулирующие деятельность по обеспечению прав граждан в сфере охраны здоровья.

Так, ст. 41 Конституции Российской Федерации провозгласила право граждан на охрану здоровья и гарантировала его реализацию с помощью закрепления системы конкретных мер, принимаемых государством [3].

В целях дальнейшего совершенствования правового механизма реализации конституционного права граждан на охрану здоровья в 2011 г. принят новый базовый законодательный акт, позволяющий закрепить четкое правовое обоснование потребности в модернизации организации медицинской помощи населению [8]. Главой 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее — ФЗ "Об основах") закреплено 9 основных принципов охраны здоровья (ранее закон РФ от 22.07.1993 № 5487-1 "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" содержал 5 таких принципов), каждый принцип закреплен отдельной статьёй (статьи 4 — 13). Круг основных принципов охраны здоровья расширен за счет следующих элементов:

- приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- доступности и качества медицинской помощи;
- недопустимости отказа в оказании медицинской помощи;
- соблюдения врачебной тайны;
- приоритета охраны здоровья детей.

Статьи 14 — 17 расширили круг полномочий органов государственной власти всех уровней, закрепили процедуры, позволяющие регулировать передачу полномочий Российской Федерации в сфере охраны здоровья органам государственной власти субъектов Российской Федерации, а также полномочия Минздравсоцразвития России.

Главой 4 (статьи 18 — 28) расширен перечень прав граждан в сфере охраны здоровья за счет новых дополнительных элементов:

- права на выбор врача и медицинской организации (ст. 21), что позволило закрепить это право применительно ко всей системе здравоохранения, а не только в рамках обязательного медицинского страхования;
- права на создание общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья, формируемых на добровольной основе (ст. 28), что предоставляет право вышеназванным объединениям в установленном российским законодательством порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья и решать вопросы, связанные с их нарушением.

Ст. 30 Закона определила необходимость профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни, что позволило получить механизм реализации принципа приоритета профилактики в сфере охраны здоровья.

Институциональные изменения коснулись и охраны здоровья семьи. В частности, теперь один из родителей, иной член семьи или иной законный представитель имеет право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка; при этом при совместном нахождении с ребенком в возрасте до 4 лет, а с ребенком старшего возраста — при наличии медицинских показаний, плата за создание условий пребывания, в том числе за предоставление спального места и питания, не взимается.

Расширены права на охрану здоровья несовершеннолетних (ст. 54), которым гарантировано:

- прохождение медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, при занятиях физической культурой и спортом, прохождение диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, оказания медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях;

- оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха;

- детям-сиротам, детям, оставшимся без попечения родителей, и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, до достижения ими возраста 4 лет включительно гарантирована возможность содержаться в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения.

Очевидное расширение возможностей новых медицинских технологий повлекло за собой увеличение законодательного регулирования вспомогательных репродуктивных технологий: определены условия, при котором возможно данное медицинское вмешательство, определен круг лиц, которые могут быть донорами и суррогатными матерями, закреплено право граждан на криоконсервацию и хранение половых клеток (ст. 55).

Новые инструменты организации охраны здоровья предполагается реализовывать посредством "Порядков" оказания медицинской помощи, ее стандартов, однако разработка поименованных порядков и стандартов отсрочена до 2013 г.

Впервые в законе предпринята попытка классифицировать медицинскую помощь по нескольким основаниям: виду, форме, месту предоставления.

К видам медицинской помощи законодатель отнес первичную медико-санитарную, специализированную, скорую и паллиативную медицинскую помощь. Ст. 36 Закона определила паллиативную медицинскую помощь, как комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. С учетом того факта, что институт паллиативной помощи в Российской Федерации не развит, квалифицированные кадры соответствующей специализации отсутствуют, как отсутствуют и места для размещения этой категории больных, не определен механизм финансирования предоставления указанного вида помощи, очевидна необходимость регламентации его предоставления посредством разработки подзаконных актов. Мы считаем, что требуется разработка на федеральном уровне самостоятельной программы развития паллиативной помощи больным с прогрессирующими формами хронических заболеваний.

Определяя формы оказания медицинской помощи, законодатель подразделил их на экстренную, неотложную и плановую. Между тем, внедряя новую концепцию раздельного оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, законодатель не разрешил проблему сложности определения наличия угрозы для жизни. Очевидно, что требуется принятие подзаконных актов, определяющих перечень заболеваний и патологических состояний, признаков, свидетельствующих об угрозе для жизни, детально прописанного механизма определения такой угрозы. По-прежнему остался нерешенным вопрос, как определить форму медицинской помощи при внутриутробной гибели плода для жизни и здоровья женщины: как экстренную или неотложную медицинскую помощь? Неясности остаются и при необходимости недобровольной госпитализации больных при некоторых психических расстройствах, представляющих угрозу причинения вреда жизни или здоровью окружающих. В ст. 16 закона РФ от 02.07.1992 г. № 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" указанный вид психиатрической помощи законодатель определил как неотложную, а не экстренную психиатрическую помощь. Пункт 7 ст. 4 нового ФЗ "Об ос-

новах" вообще не содержит такого основания для оказания указанного вида помощи в недобровольном порядке.

Ранее в действующем законодательстве, как правило, перечислялись права участников здравоохранительных отношений, однако ст. 16 Закона об ОМС [7] закреплены обязанности только застрахованных лиц, а рассматриваемый новый ФЗ "Об основах" в ст. 27 законодательно закрепил обязанности всех граждан в сфере охраны здоровья.

Механизмы контроля в сфере охраны здоровья закреплены законодателем главой 12 нового Закона, в которой представлены виды контроля и их характеристика (статьи 85, 87—90, 95, 96). Там же ст. 86 закреплены полномочия органов, осуществляющих государственный контроль. Абсолютной новизной законодательного регулирования медицинской деятельности стали дополнительные механизмы контроля, закрепленные ст. 92—94 Закона о ведении персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности, а также связанных с ним информационных систем в сфере здравоохранения (ст. 91).

На основании изложенного следует констатировать, что правовой механизм реализации конституционного права граждан на охрану здоровья постоянно совершенствуется, однако требуется принятие соответствующих подзаконных нормативных актов для выработки инструментов, позволяющих в полном объеме реализовать право на охрану здоровья.

Проведен анализ изменений в международно-правовых актах и в законодательстве Российской Федерации в сфере реализации права на здоровье. Раскрыты элементы права на здоровье, обязательства государства по соблюдению, защите и обеспечению права на здоровье. Рассмотрены меры по совершенствованию правового механизма реализации конституционного права граждан на охрану здоровья.

Ключевые слова: *право на здоровье, реализация права на здоровье, охрана здоровья, механизмы контроля в сфере охраны здоровья*

The implementation of right to health: particular institutional novellas

L.A. Ertel

The institute of economics and management in medicine and social sphere, Krasnodar

The article presents the analysis of alterations in international legal acts and legislation of the Russian Federation in area of implementation the right to health. The elements of right to health, obligations of the state concerning the observation, defense and support of right to health are demonstrated. The measures concerning the enhancement of legal mechanism of implementation of citizens' constitutional right to health are considered.

Key words: *right to health, implementation of the right, health care, controls*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.). // Права и свободы личности. Библиотека "Российской газеты" совместно с библиотечкой журн. "Соц. защита". — М., 1995. — Вып. 11. — С. 10—17.
2. Европейская социальная хартия (пересмотренная) (принята в г. Страсбурге 03.05.1996). // Бюл. междунар. договоров. — 2010. — № 4, апр. — С. 17—67.
3. Конституция Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.) // Рос. газета. — 1993. — 25 дек.
4. Международный пакт ООН "Об экономических, социальных и культурных правах" (Принят 16.12.1966 Резолюцией 2200 (XXI) на 1496-м пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН). // Международная защита прав и свобод человека: Сборник документов. — М., 1990. — С. 20—32.
5. Рецетников А. В. — Социология медицины: Руководство. — М., 2010.
6. Федеральный закон от 03.06.2009 № 101-ФЗ "О ратификации Европейской социальной хартии (пересмотренной) от 3 мая 1996 года" // Собрание законодательства РФ. — 2009. — № 23. — Ст. 2756.
7. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 03.12.2011) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". // Собрание законодательства РФ. — 2010. — № 49. — Ст. 6422.
8. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // Собрание законодательства РФ. — 2011. — № 48. — Ст. 6724.

Поступила 04.10.12

© А. Ф. СОКОЛ, Р. В. ШУРУПОВА, 2012  
УДК 614.253

А. Ф. Сокол<sup>1</sup>, Р. В. Шурупова<sup>2</sup>

## ФОРМИРОВАНИЕ ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАЧЕСТВ ВРАЧА

<sup>1</sup>Израильская независимая академия развития наук, Беер-Шева, Израиль; <sup>2</sup>Первый МГМУ им. И. М. Сеченова

Каждая эпоха накладывает отпечаток на образ врача, в известной мере формирует его общечеловеческие и профессиональные качества, однако при всех изменениях социально-экономических формаций неизменными остаются базовые качества врача: умение общаться с больным и его близкими, сострадание, бескорыстие, наблюдательность.

Наше время характеризуется выдающимися достижениями науки, высокой технологизацией всех сфер деятельности человека, повсеместным использованием кибернетики. Все это наложило отпечаток на формирование современного врача, в том числе врача-педагога.

Появилась генерация педагогов, которые блестяще владеют техникой и технологией, но утратившие умение общения, способность проникновения в душевный мир

пациента. Вот что пишет об этом бывший главный терапевт Эстонской ССР проф. Н. В. Эльштейн: "Что касается усредненных особенностей современного врача, то представляется возможным выделить следующее: все больший отход от классических методов диагностики с переоценкой аппаратно-инструментальных данных; все более выраженный примитивно-упрощенный экономический подход к врачеванию; тенденция ко все большей дегуманизации (некоторые авторы говорят о "ветеринаризации") медицины, при которой игнорируются психологические, типологические характерологические особенности типологии пациента: нежелание врача вникать в домашний, рабочий "климат" и социальные условия жизни больного".

Еще Г. Селье указывал, что чем больше мы полагаемся на сложные инструментальные методы, тем в большей степени искусство наблюдения сходит на нет [7].

Врач-педагог должен обучить студентов основам клинического мышления. "Если мы не можем научить врача,

А. Ф. Сокол — акад. ИНАРН, д-р мед. наук, проф. (preiglev@gmail.com); Р. В. Шурупова — д-р социол. наук (akraisa@gmail.com).