

ТОЧКИ БИФУРКАЦИИ В ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

(проблемный обзор)

Тихомиров А.В.

ORCID 0000-0001-8628-9340

Аннотация: В целом, бифуркации как отклонения от объективных детерминант представляют собой дефекты системы, искажающие ее целенаправленное развитие. Слом прежнего политического строя не сопровождался адаптацией к этому властной организации общества, которая во многом осталась неизменной, особенно в социальной сфере. Гражданская же организация общества подверглась соответствующим новому строю объективным изменениям. Это привело к обрушению системности здравоохранения: механизм управления оказался дезориентирован в предмете организации отрасли, а «первичное звено» (практическая медицина) вынужденно, путем проб и ошибок, интегрируется в рынок. И ретроградный анализ накопленных бифуркаций – смысловых, логических, институциональных девиаций развития – позволяет вернуться к исходной траектории пути организации отечественного здравоохранения для исправления произошедших поломок.

Brief: In general, bifurcations as deviations from objective determinants represent defects in the system that distort its purposeful development. The scrapping of the previous political system in Russia was not accompanied by the adaptation of the power organization of society, which remained largely unchanged, especially in the social sphere. But the civil organization of society has undergone objective changes corresponding to the new system. This led to the collapse of the healthcare system: the management mechanism turned out to be disoriented in the essence of branch organization, while the "primary link" (practical medicine) was forced, through trial and error, to integrate into the market. And a retrograde analysis of accumulated bifurcations – semantic, logical, and institutional deviations of development – allows us to return to the original trajectory of the organization of domestic healthcare to correct the failures that have occurred.

Ключевые слова: организация здравоохранения, точки бифуркации, дефекты публичного администрирования

Key words: healthcare organization, bifurcation points, defects in public administration

Точка бифуркации – это момент перехода режима работы системы от установившегося к другому, объективно или субъективно предпочтительному.

Если путь развития системы демонстрирует лишь один вариант, по которому оно пошло, то точки бифуркации, будучи сродни известному феномену «ошибки выжившего», открывают множество вариантов пути, по которому развитие системы не пошло.

В этом нереализованном множестве – лишь один объективно соответствующий цели, остальные – варианты сослагательно-возможного развития системы, в том числе выбранный на момент бифуркации.

Фактически точка бифуркации представляет собой перелом логически целесообразного пути развития системы с его продолжением по одному из ситуативно целесообразных векторов.

Соответственно, чем на пути больше подобных точек бифуркации, тем дальше состояние развития системы от цели.

Здравоохранение имеет целью охрану здоровья граждан, а институт организации здравоохранения – упорядоченное развитие отрасли в соответствии с этой целью.

В многочисленных точках бифуркации система организации отечественного здравоохранения подвергалась изменениям, соответствующим парадигме подчинения приказам по вертикали управления, а не объективным потребностям охраны здоровья граждан.

С каждой следующей точкой бифуркации отечественная организация охраны здоровья дальше больше отдалялась и от таковой за рубежом.

Эти несоответствия проявляются в том, что мера одного явления или факта неприменима к оценке (измерению) другого явления или факта, и наоборот.

1. ЗДОРОВЬЕ И ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ.

В соответствии с Законом об охране здоровья граждан (далее – ФЗ-323) здоровье – это состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма (п/п 1 п.1 ст.2 ФЗ-323).

Формулировка воспроизводит соответствующее положение Устава Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1946 года.

Между тем согласно п.1 ст.150 ГК РФ здоровье – это:

1. благо;
2. нематериальное;
3. принадлежащее (т.е. объект права);
4. гражданину (т.е. индивидуальное);
5. от рождения и до смерти – неотчуждаемое и непередаваемое иным способом.

Отсюда, во-первых, здоровье – это благо (а не благополучие – т.е. какое есть, в т.ч. и в любом состоянии неблагополучия).

Во-вторых, здоровье – это объект правовой принадлежности, причем принадлежности индивидуальной, а не публичной (государственной) и не общественной.

Общественного здоровья не существует в природе, а здоровье общества – это не более чем статистическое обобщение индивидуального здоровья граждан.

В-третьих, здоровье – это объект, не находящийся в обороте, т.е. его нельзя уступить, передать, продать кому-либо (в т.ч. государству) или присвоить кем-либо (в т.ч. государством).

Тем самым налицо законодательные разночтения одного и того же понятия «здоровье».

Охрана здоровья граждан – это (п/п 2 п.1 ст.2 ФЗ-323):

- система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера,
- осуществляемых органами государственной власти РФ, органами государственной власти субъектов РФ, 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.

Деятельность, при осуществлении которой и «должностным лицам», и «гражданам», в том числе, видимо, и врачам, предлагается одновременно и лечить, и лечиться, и оздоравливать, и оздоравливаться – ради здоровья «каждого человека», неосуществима.

Однако государство и общество, власть и подвластные, должностные лица и граждане – это субъекты до противоположности разных интересов, статусов, прав и обязанностей.

Охрана здоровья – это не «система мер», а функционал разных по характеру, мощности, масштабу и т.д. ресурсов одной стороны (которая приняла на себя обязанности по охране здоровья) – государства в отношении другой (которая имеет встречные обязанности платить целевые взносы) - общества.

Здравоохранение – это функционал государства в части охраны здоровья граждан, включающий надзорные, карантинные, организационно-финансовые и др. общественно-полезные функции.

Государство несет ответственность и за здоровье граждан, и за охрану их здоровья, однако это не означает, что за здоровье граждан отвечает здравоохранение.

Функционал здравоохранения сводится к охране здоровья в меру того, что доступно здравоохранению.

По данным ВОЗ, здоровье человека зависит от разных факторов: 50–55% — от образа жизни, 15–20% — от наследственности, 20–25% — от окружающей среды и 10–15% — от медицинской помощи [1].

Если здравоохранение и оказывает влияние на образ жизни, наследственность, состояние окружающей среды и любые иные факторы, то – косвенно и весьма отдаленно.

Проще говоря, здоровье и здравоохранение не являются детерминантой друг друга.

Важно, что мера здравоохранения неприменима к оценке здоровья, и наоборот.

2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ.

Медицинская деятельность (п/п 10 п.1 ст.2 ФЗ-323) - 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.

Медицинская помощь (п/п 3 п.1 ст.2 ФЗ-323) – это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская услуга (п/п 4 п.1 ст.2 ФЗ-323) – это медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Тем самым – в логике специального закона – медицинской является профессиональная деятельность, в частности, по оказанию медицинской помощи, т.е. комплекса мероприятий, включающих в себя предоставление медицинских услуг, т.е. медицинских вмешательств, имеющих самостоятельное законченное значение.

Закон не устанавливает, что из перечисленного является объектом оплаты, а другое их назначение не ясно, притом, что определение только ради определения – бессмысленно.

Оплате же подлежит объект, в параметрах которого – в целях установления эквивалентности размеру оплаты – можно убедиться.

Чтобы получить экономическое выражение, плоды профессиональной деятельности должны обрести экономическую форму.

Медицинская услуга в рамках медицинской деятельности и служит товарной оболочкой медицинской помощи.

Услугой является оборотоспособный (ст.129 ГК РФ) объект прав (ст.128 ГК РФ), представляющий собой деятельность (или действия – п.1 ст.779 ГК РФ), результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе осуществления этой деятельности (п.5 ст.38 НК РФ).

Профессиональное содержание медицинской деятельности выражается в оказании медицинской помощи, экономическое – в оказании медицинских услуг.

Правовое значение объекта товарных отношений имеет медицинская услуга, а медицинская помощь является нетоварной частью медицинских услуг – всех вместе и каждой в отдельности, не будучи ни объектом прав (в контексте ст.128 ГК РФ), ни объектом товарообмена, т.е. товаром, подлежащим оплате.

Тем самым, во-первых, специальный закон (ФЗ-323) значение объекта придает медицинской помощи, не имеющей объектной идентичности, тем более в качестве объекта права.

Во-вторых, налицо законодательные разночтения понятия медицинской услуги между установлениями общего законодательства и специального закона ФЗ-323.

В-третьих, нет возможности пользоваться установленными специальным законом ФЗ-323 понятиями медицинской помощи и медицинской услуги ни в профессиональной, ни в экономической форме элемента медицинской деятельности.

Важно, что мера медицинской помощи неприменима к оценке медицинской услуги, и наоборот.

3. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МЕДИЦИНА.

Здравоохранение как функция власти в отрасли ограничивает ее рамками предписаний: разрешено только то, что прямо установлено.

Медицина как вид экономической деятельности, т.е. деятельности в отношениях товарообмена, осуществляется ввне предписаний: запрещено только то, что прямо установлено законом.

Медицина в России признается первичным звеном здравоохранения.

При этом медицинская деятельность не может осуществляться по лекалам здравоохранения:

- профессиональная медицинская деятельность ведется по правилам медицины: клиническая медицина не может подчиняться иным правилам, в том числе властным предписаниям, без негативных для здоровья граждан последствий;
- медицинская деятельность в гражданском обороте подчиняется экономическим правилам, которые тоже вырабатываются не властью.
- и профессиональная, и экономическая медицинская деятельность не должны нарушать закон – при том, что закон (а также акты исполнительной власти, в том числе в здравоохранении) не должен нарушать специфику профессиональной и экономической медицинской деятельности.

Здравоохранение – это деятельность государства в отрасли, это функция вертикали власти, а медицинской является частная деятельность в горизонтали общества.

Важно, что мера здравоохранения как функции государственной власти в отрасли неприменима к оценке медицины как сферы профессиональной и экономической деятельности, и наоборот.

4. ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ДЕЛА.

Здравоохранение в качестве функции государства и медицина как вид социальной активности организованы по-разному.

Цель клинической медицины состоит в том, чтобы справиться с патологией у обращающихся, а цель медицины в обороте – обеспечить воспроизводство продукции.

Цель организации здравоохранения – конвертация финансовых вложений государства в социальный результат медицинской деятельности и других видов деятельности в сфере охраны здоровья.

Предметом организации здравоохранения является управление финансовыми средствами целевого назначения, в то время как предметом экономической медицинской деятельности – производить целевую продукцию, т.е. медицинские услуги.

Важно, что мера властной организации здравоохранения неприменима к оценке хозяйственной организации медицинского дела, и наоборот.

5. ПРОИЗВОДСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПРОДУКЦИИ И ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРОИЗВОДСТВА.

Любая товарная продукция, в том числе услуги, включая медицинские, производится для реализации в экономическом обороте, т.е. во встречных обязательствах, в отношениях товарообмена.

Производство товарной продукции подчиняется одним правилам, а формирование встречных платежей для обмена денег на товар – другим.

То и другое суть разные вещи.

Единственное, что их связывает – это подразумеваемый эквивалент обмена ценностями, но с этим характеристики оплачиваемой продукции не приобретают сходства или общности с характеристиками платежных средств.

И продажная цена продукции определяется конъюнктурой рынка, а не стоимостью ее производства.

Покупная же цена продукции может оказаться и ниже или равной себестоимости ее производства – товарообмен лишается экономического смысла.

Стоимость производства продукции, в т.ч. медицинских услуг, не определяет цену ее реализации.

Важно, что мера оценки производства продукции неприменима к оценке его финансирования, и наоборот.

6. СТРАХОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЕ И РИСКОВОЕ.

Именно потому возникло социальное страхование, что все люди проходят свой жизненный цикл с присущими организму каждого на соответствующем этапе неизбежными возможностями столкнуться с той или иной патологией.

Неизбежность – это не риск.

Не являются предметом рискового страхования неизбежные – хотя бы не обязательно у всех одинаково проявляющиеся – проявления естественного хода жизни.

Рисковым является страхование за пределами вариаций естественного хода жизни.

Американская модель чисто рискового страхования не пример: США – это не социальное государство.

Как не пример микс социального и рискового медицинского страхования в Нидерландах (взятого за основу в России) вместо исходной модели социального страхования по Бисмарку в Германии.

Да и заимствование любых зарубежных практик требует избирательности, чтобы не принести с чужой почвы на свою заодно ошибки негативного опыта.

Социальное страхование, когда богатый платит за бедного, здоровый за больного, работоспособный за неработоспособного, обеспечивает перераспределение платы за медицинскую помощь в пользу наиболее уязвимых категорий граждан в рамках возможных проявлений естественного хода жизни.

Социальное страхование основано на неизбежности, а не на рисках.

Такое перераспределение осуществляет государство, а не само общество.

Важно, что мера социального страхования неприменима к оценке рискового страхования, и наоборот.

7. ПРОИЗВОДСТВО ТОВАРОВ И ОКАЗАНИЕ УСЛУГ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ.

Вещи и другие имеющие материальное воплощение товары позволяют убедиться в параметрах их физического измерения, ценности и т.д.

Едва ли можно ошибиться в характеристиках тех товаров, которые можно видеть, осязать, измерить и т.д.

В части материального воплощения с товарами сходны изделия, т.е. результаты работы.

Но услуги не имеют ни материального воплощения, ни визуализации, ни метрики, ни материализованного результата, так же будучи товарами.

Ориентироваться можно только на возможную пользу услуг.

Важно, что мера измерения материальных товаров неприменима к оценке оказания услуг, и наоборот.

8. КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

В соответствии с установлением специального закона характеристика качества придается не медицинской услуге, а медицинской помощи.

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 п.1 ст.2 ФЗ-323).

Общее законодательство (ст.469 ГК РФ) относит качество товара к задачам обязательственных отношений, в которых оно приобретает значение: в соответствии с условиями договора, с целями использования товара, с обязательными требованиями к его качеству.

Требования о качестве услуг закон относит к условиям договора.

В сфере технического регулирования понятие качества распространяется на продукцию в целом и отнесено как к собственно понятию качества, так и к управлению качеством (что не одно и то же).

Качество – это:

- совокупность свойств и характеристик продукции или услуги, которые придают им способность удовлетворять обусловленные или предполагаемые потребности потребителя (Качество продукции, ИСО 8402-86);
- совокупность свойств продукции, обуславливающих её пригодность удовлетворять определённые потребности в соответствии с её назначением (Управление качеством продукции, ГОСТ 15467-79);
- степень соответствия совокупности присущих характеристик объекта требованиям (Менеджмент качества, ГОСТ Р ИСО 9000-2015).

В любом случае определение общим законодательством качества товарной продукции (включая услуги) не имеет ничего сходного с данным специальным законом определением качества медицинской помощи, не являющейся ни объектом права, ни объектом товарообмена.

А вот определение безопасности – медицинской помощи, медицинской услуги и в целом медицинской деятельности – специальный закон не содержит вообще.

Это не препятствует понятием контроля (надзора) объединить законом качество и безопасность (гл.12 ФЗ-323): объект не вполне определен, а функция контроля (надзора), тем не менее, узаконена.

Тем самым, в России специальный закон [4]:

- не различает и не разделяет понятия качества и безопасности (вреда), объединяя оба в рамках единой функции контроля качества и безопасности медицинской деятельности (гл.12 323-ФЗ);

- объектом качества признает медицинскую помощь, под качеством подразумевая «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 п.1 ст.2 323-ФЗ);

- понятие безопасности медицинской деятельности не раскрывает вообще.

Тем самым, свойством качества надделено нечто, не являющееся объектом (права, товарообмена), и вместе с нераскрытым понятием безопасности по неизвестным основаниям объединено для целей государственного контроля (надзора).

При этом общим законодательством понятие качества отнесено к оценке полезности объекта товарообмена в договорных обязательствах, а понятие безопасности – к оценке вредоносности любого объекта во внедоговорных обязательствах.

Важно, что мера качества неприменима к оценке безопасности, в том числе медицинской деятельности, и наоборот.

9. УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ.

Учреждение (ст.120 ГК РФ) – это организация, основанная на имуществе собственника и действующая по его воле.

Организационно-правовая форма учреждения оформилась в советское время и придавалась организациям, состоящим в административном подчинении органам власти как их исполнительным терминалам.

Аналогов советским учреждениям в мире нет.

Россия нового времени перенесла форму советских учреждений в капиталистические реалии.

В гражданском обороте в отрасли форма учреждений, будучи рассчитана на отношения субординации, непригодна для конкурентных отношений товарообмена с получением экономического результата.

В силу остающейся несамостоятельности попытка адаптации учреждений – с разделением их на казенные, бюджетные и автономные – к участию, хотя бы частично, в экономике успехом не увенчалась: без государственного протекционизма эта организационно-правовая форма нежизнеспособна.

Важно, что мера самостоятельности хозяйствующих субъектов неприменима к оценке учреждений, и наоборот.

10. КОММЕРЧЕСКИЕ И НЕКОММЕРЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ.

Коммерческие организации создаются для ведения предпринимательской деятельности в обороте ради извлечения прибыли в качестве ее основной цели (п.1 ст.50 ГК РФ).

Они распределяют прибыль на дивиденды учредителям (участникам) и на цели воспроизводства.

Некоммерческие организации могут существовать за счет благотворительности, всевозможных дотаций, на проценты при эндаументе и т.д., но также и за счет прибыли от предпринимательской деятельности.

И если они осуществляют предпринимательскую деятельность, то – с извлечением прибыли.

Извлекаемую прибыль некоммерческие организации обращают на цели расширенного воспроизводства, т.е. реинвестирования осуществляемой деятельности.

Иными словами, при осуществлении экономической деятельности прибыль извлекается равно коммерческими и некоммерческими организациями, присвоение же прибыли различается.

И некоммерческий способ присвоения извлекаемой прибыли не предполагает выведение капиталов за пределы осуществляемой деятельности, т.е. отраслевого рынка.

Важно, что мера отношения к прибыли коммерческих организаций неприменима к оценке деятельности некоммерческих организаций, и наоборот, в том числе в медицине.

11. КОНКУРЕНЦИЯ И МАРКЕТИНГ В МЕДИЦИНЕ.

Конкуренция в экономике – это борьба не столько *между* хозяйствующими субъектами, сколько *за* деньги, которые несет потребитель.

Маркетинг — это управление конкурентными преимуществами товара; это сбытовое продвижение товарной продукции в соответствии с покупательскими предпочтениями.

Понятно, что о покупательских предпочтениях говорить не приходится в условиях:

- асимметрии медицинской информации, неосведомленности пациента в медицине;
- законодательной унификации (Порядков, стандартов и обязательных к исполнению Клинических рекомендаций) медицинских услуг;
- приписной участковости медицинской помощи государственных поликлиник и больниц.

Если конкуренция – в фундаментальных свойствах продукции, то маркетинг – это манипулирование реальными или кажущимися преимуществами этой продукции для привлечения потребителя.

Если конкуренция – это использование преимуществ предложения в удовлетворении спроса, то маркетинг – это рычаг управления эластичностью спроса.

Нужды пациента переселяют нужды потребителя: при проблемах со здоровьем, требующих диагностики и лечения, не до обертки приобретений.

Эластичность спроса в медицине всегда низкая, а ее вариации невелики: рост цены не приводит к сопоставимому снижению потребления, а снижение цены не ведёт к соответствующему росту потребления.

В условиях падения или низкой эластичности спроса конкуренция за пациента сохраняется, а маркетинг ограничен назначениями.

Важно, что мера конкуренции неприменима к оценке маркетинга, в том числе в силу неэластичности спроса – в медицине, и наоборот.

12. ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ДОЛЖЕНСТВОВАНИЕ В МЕДИЦИНЕ: ПО ВЕРТИКАЛИ ИЛИ ПО ГОРИЗОНТАЛИ?

Правильность осуществления медицинской профессии – это категория собственно медицины.

Не государство, не здравоохранение, не отраслевая бюрократия представляет медицину как науку, профессию и вид деятельности – это прерогатива врачей клиницистов и другого медицинского персонала.

Корректность медицинского пособия определяется потребностями здоровья пациента в соответствии с правилами медицины, а не предписаниями по вертикали здравоохранения – приказами, инструкциями и т.д.

Важно, что мера властных предписаний неприменима к оценке соответствия профессионального медицинского пособия потребностям здоровья пациента, и наоборот.

13. УНИФИКАЦИЯ В МЕДИЦИНЕ: ЧТО ДОЛЖНО БЫТЬ ИЛИ ЧЕГО БЫТЬ НЕ ДОЛЖНО?

Унификация – это приведение объектов к рациональному устранению неоправданного многообразия.

Порядки, Стандарты и Клинические рекомендации – это акты унификации медицинской деятельности.

Медицинская помощь – это воздействие на здоровье, которое требуется по его состоянию на момент.

Установить соразмерность воздействия на здоровье в зависимости от его состояния никакие административные предписания не могут.

Определяет такую потребность врач.

Ни Порядки, ни Стандарты, ни даже Клинические рекомендации не могут учесть всей полноты возможных вариантов.

Отсюда административные предписания того, что должно содержать врачебное воздействие, не выполнимы в силу разобщенности с текущим состоянием здоровья конкретного пациента.

Между тем это ставит врача перед выбором, соблюдать эти предписания или следовать потребностям здоровья пациента.

При этом врач несет ответственность, во-первых, самостоятельно; во-вторых, за причинение вреда здоровью пациента, а не исполнение предписаний; в-третьих, в силу постановления суда.

Важно, что, во-первых, мера административного предписания неприменима к оценке долженствования в силу профессии, и наоборот;

во-вторых, акты унификации не должны содержать предписания, что делать при оказании медицинской помощи;

в-третьих, чтобы не вступать в конфликт с потребностями состояния здоровья пациента и правосудия, оценка врачебного пособия может касаться лишь того, чего в его содержании быть не должно.

14. УНИФИКАЦИЯ: ДЛЯ ОПЛАТЫ ИЛИ ДЛЯ ВОЗЛОЖЕНИЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ?

За рубежом административные процедуры предписывают порядок осуществления своих полномочий органами государственного управления и должностными лицами.

В России специальным законом ФЗ-323 в здравоохранении предписания в форме ***Порядков*** установлены для граждан, осуществляющих профессиональную медицинскую деятельность (врачей).

За рубежом в соответствии с законодательством о техническом регулировании различаются, по общему правилу, добровольные нормативные технические документы (стандарты качества продукции) и общеобязательные технические регламенты (требования по безопасности).

В России специальным законом в здравоохранении установлены ***Стандарты*** медицинской помощи (п.14 ст.37 ФЗ-323), нормирующие материально-техническое обеспечение медицинской помощи.

Наконец, ***Клинические рекомендации*** всюду в мире – это способ профессионального самоопределения и самоограничения; это правила, вырабатываемые медицинским сообществом как единством равных в профессии.

В России специальный закон закрепил административное установление правил для профессии.

Фактически этим созданы правила для ограничения свободы осуществления профессии.

Однако, ради чего административные предписания подчиняют профессию, не ясно.

Стандарты качества продукции, добровольные в мире, не являются административными предписаниями и могли бы относиться к медицинским услугам, если бы на них распространялось действие законодательства о техническом регулировании.

Технические регламенты, обязательные в мире, являются законодательными (а не административными) установлениями режима безопасности производимой продукции (в России медицинская деятельность выведена из-под действия законодательства о техническом регулировании).

И ответственность врача наступает не за соблюдение или несоблюдение административных предписаний, а за причинение вреда здоровью пациента при осуществлении профессиональной деятельности.

Стандарты – это требования к качеству продукции, характеризующие договорные обязательства, т.е. встречное соответствие характеристик объектов товарообмена.

Технические регламенты – это требования к безопасности, в том числе товаров, работ, услуг, характеризующие внедоговорные обязательства вследствие причинения вреда, т.е. то, что предметом договора являться не может.

Подчинение медицинской профессии административным предписаниям вступает в противоречие как с договорными, так и с внедоговорными обязательствами.

Отношения врача и пациента определяются эффективностью медицинской помощи.

Отношения исполнителя медицинских услуг с заказчиком определяются выполненными договорными и не возникшими внедоговорными обязательствами.

В обоих случаях это не административные отношения субординации.

Важно, что предусмотренная административными актами унификации мера к оценке ни медицинского предоставления, ни ответственности врача неприменима, и наоборот.

15. МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВОНАРУШЕНИЕ: НАДЗОР И ПРАВОСУДИЕ.

Медицинским правонарушением в наиболее общем виде является вредообразующее пренебрежение потребностями состояния здоровья

пациента в форме недопустимого отклонения от принятых в медицине технологий оказания медицинской помощи.

Проблема в том, что медицинское правонарушение в России не имеет формальной определенности состава.

Из-за этого врачу вменяется ответственность и за непрогнозируемые реакции организма пациента, и за недоступное контролю развитие патологии, и за несовершенство собственно медицины, а не за собственно действия врача, корректны они или некорректны.

Когда и если будет достигнута не противоречащая осуществлению медицинской профессии формулировка в законе состава медицинского правонарушения, тогда безопасность врачебного пособия станет точкой отсчета – равно для государственного надзора в отрасли и правосудия.

Функция государственного надзора будет сведена к предупреждению медицинских правонарушений, т.е. к профилактике нарушений безопасности медицинской помощи.

Функцией правосудия по медицинским делам останется наказание за состоявшееся нарушение безопасности медицинской помощи – с детализацией ответственности врача исключительно за свои действия, а не за несовершенство медицины и не за непредсказуемые реакции организма и/или выход из-под контроля развития патологии.

Важно, что юридическая мера должного неприменима к оценке медицинской помощи иной, чем безопасность, являющейся предметом государственного надзора и правосудия, в части, соответственно, упреждения правонарушения и возложения применимой ответственности на причинителя.

В целом, бифуркации как отклонения от объективных детерминант представляют собой дефекты системы, искажающие ее целенаправленное развитие.

В отдаленных точках бифуркации система – полностью или в части – может поменяться на свою противоположность.

Применительно к организации отечественного здравоохранения именно это и произошло: конъюнктурные искусственности переиначили объективную последовательность ее развития.

Ситуацию усугубляет тот факт, что слом прежнего политического строя не сопровождался адаптацией к этому властной организации общества, которая во многом осталась неизменной, особенно в социальной сфере.

Гражданская же организация общества подверглась соответствующим новому строю объективным изменениям.

Это привело к обрушению системности здравоохранения: механизм управления оказался дезориентирован в предмете организации отрасли, а «первичное звено» (практическая медицина) вынужденно, путем проб и ошибок, интегрируется в рынок.

И ретроградный анализ накопленных бифуркаций – смысловых, логических, институциональных девиаций развития – позволяет вернуться к исходной траектории пути организации отечественного здравоохранения для исправления произошедших поломок.

Использованные источники:

1. Галстян А.Г. Роль наследственности и среды в формировании здоровья человека. Современные проблемы науки и образования. 2016. № 4. Режим доступа: URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25084>. Дата обращения: 06.01.2026.
2. Здравоохранение. Режим доступа: <https://bigenc.ru/c/zdravookhranenie-327c8f>. Дата обращения: 06.01.2026.
3. Тихомиров А.В. 2024. Здравоохранение и медицина в России: организация и правовые аспекты. PREPRINTS.RU. <https://doi.org/10.24108/preprints-3113281>.
4. Тихомиров А. В. 2025. Проблематика унификации медицинской помощи в России. PREPRINTS.RU. <https://doi.org/10.24108/preprints-3113707>.