

УДК 34:61

**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ И ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ
СКВОЗЬ ПРИЗМУ ИСТОРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА
РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**
**Basic Principles of Medical and Pharmaceutical Aid
Through the Prism of Historical Public Health Analysis**

М. В. Подвязникова – преподаватель кафедры трудового права Омской юридической академии

M. V. Podvyaznikova – Teacher of the Labor Law Department of the Omsk Law Academy



Аннотация. В статье анализируются принципы предоставления медицинской и лекарственной помощи в контексте их исторического развития.

The article deals with the analysis of the principles concerning providing the medical and pharmaceutical aid in the context of their historical development.

Ключевые слова: принципы предоставления медицинской помощи, принцип доступности, амбулаторное лечение.

Principles of medical assistance provision, the principle of availability, out-patient treatment.

Эффективное правовое регулирование предоставления медицинской и лекарственной помощи имеет большое значение, при этом основополагающая роль в этом может быть отведена принципам осуществления медицинского обслуживания. Анализ Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹ позволяет выделить основные из них. Медицинская помощь в Российской Федерации оказывается на началах доступности и качества при условии ее предоставления по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения. Устанавливается приоритет профилактики в сфере охраны здоровья, требования к уров-

ню квалификации медицинских работников. Эти принципы возникли и сформировались задолго до их закрепления в существующих правовых актах. Исследование тех или иных явлений невозможно без понимания причин их возникновения. Исторический опыт воспринимается законодателем и оказывает существенное значение на развитие национальной системы здравоохранения.

Не ставя перед собой задачу специального исследования истории развития здравоохранения и законодательства о нем, назовем лишь несколько важнейших, с нашей точки зрения, его этапов и проиллюстрируем примерами, которые могут свидетельствовать о зарождении и становлении

¹ См.: Собр. законодательства Рос. Федерации. 2011. № 48, ст. 6724.

принципов оказания медицинской и лекарственной помощи.

Несмотря на то что зарождалась медицина и система здравоохранения в Древней Руси и Московском государстве (X – XVII вв.) и отличалась на этом этапе появлением первых профессиональных лекарей и медицинских учреждений, придание ей государственного характера можно относить к периоду существования Российской империи (II четверть XVIII в. – 1917 г.), где медицинская помощь и лекарственное обеспечение получили существенное развитие. Проводился в жизнь заложенный еще при Петре I принцип государственного характера здравоохранения. Была создана новая система управления медицинской помощью, направленная на максимальный контроль со стороны государства. Правовой базой для регламентации медицинской помощи того времени стал принятый 24 декабря 1735 г. указ «Генеральный регламент о госпиталях и о должностях определенных при них докторов и прочих медицинского чина служителей, также комиссаров, писарей, мастеровых, работных и прочих к оным подлежащих людей»² (далее – Генеральный регламент о госпиталях). Было определено, что в каждом госпитале должен быть главный лекарь, лекари из расчета один лекарь на двести больных, подлекари и ученики, то есть фактически прописана внутренняя структура медицинского учреждения. Генеральный регламент о госпиталях также устанавливал правило о том, что при каждом госпитале должна быть аптека. Лечение в госпитале было бесплатным, только для служащих было установлено правило «удерживать половину жалования, а хлебное все за все то время, которое они будут в госпиталях, и употреблять деньги на содержание госпиталей удержанную половину, а другую отдать им по выпуску из госпиталя». Указом также были установлены категории больных и госпитали, в которых они могли получить медицинскую помощь.

Создаются первые большие гражданские больницы. В основе их функционирования уже в XVIII в. использовался принцип общедоступности. Чиновники, купцы и другие служители вносили умеренную плату в размере семи рублей пятидесяти копеек. Однако в некоторых гу-

берниях был расширен круг лиц, которые могут получить медицинскую помощь бесплатно, к примеру, в Петербурге это были «отставные люди казенного ведомства», жены и дети солдатских и команд, не имевших своих госпиталей. Таким образом, принципы всеобщей и бесплатной медицины начали формироваться уже в конце XVIII в., их развитие было продолжено в период земской реформы, а впоследствии и советской власти.

В этот период было принято значительное количество правовых актов, регламентирующих порядок оказания медицинской и лекарственной помощи, что свидетельствует о становлении российского законодательства в этой сфере. 20 сентября 1789 г. был утвержден Аптекарский устав, который подробнейшим образом регламентировал работу аптекаря, его внешний и моральный облик, также порядок отпуска лекарственных препаратов. Так как аптеки были частные, уставом определялись аптекарские таксы, то есть стоимость конкретных лекарственных препаратов³. Это свидетельствует о возникновении в XVIII в. принципа государственного регулирования цен на определенные лекарственные препараты, который отражается и в действующем законодательстве. В соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»⁴ утверждаются методики установления производителями лекарственных препаратов предельных отпускных цен на те препараты, которые включены в перечень жизненно необходимых и важнейших.

1 января 1864 г. было издано Положение о губернских и уездных земских учреждениях⁵, которым для управления местными делами создавались губернии и уезды. Первоначально положение содержало обязательные для земств функции (уход за большими дорогами, содержание квартир чиновников) и необязательные (содержание городских больниц и богаделен). Однако реальные жизненные потребности привели к тому, что медицина стала одной из важнейших функций земства. До появления земской медицины сельское население (более 90 % населения страны того времени) не имело возможности получать организованную лекарственную и медицинскую помощь. Однако следует оговориться,

² См.: Полное собрание законов Российской империи с 1649 г. Т. 9 : 1830. С. 662. URL: <http://www.nlr.ru>

³ Там же. Т. 23 : 1789 – 30 октября 1796, ст. 16806. С. 80. URL : <http://www.nlr.ru>

⁴ См.: Собр. законодательства Рос. Федерации. 2010. № 16, ст. 1815.

⁵ Полное собрание законов Российской империи с 1649 г. Т. 39 : 1825–1881, ст. 40457. С. 1. URL: <http://www.nlr.ru>

что на огромной территории страны – в Сибири, на Кавказе, Дальнем Востоке, в Средней Азии – ни земств, не земской медицины тогда не было. Поэтому, говоря о достижениях земской медицины, мы имеем в виду европейскую часть территории России.

С провозглашением земской реформы стала видна необходимость преобразования медицины. Существующая до этого времени фельдшерская помощь показала свою неэффективность в условиях углубления медицинских знаний, она была достаточно дорога при невысоких показателях качества медицинской помощи. Русские врачи выступали за создание и проведение принципа врачебной помощи населению, и если в 1864 г. в 18 губерниях было 50 врачей, то к 1866 г. в 29 губерниях работали уже 283 врача⁶. Таким образом, был сформирован принцип профессионализма, который по мере развития медицинской науки, технологии и прочего приводит к углублению специализации (урологи, нефрологи, вертебрологи, флебологи). Данный принцип лежит в основе возникшей в СССР и существующей в настоящее время специализированной медицинской помощи, оказываемой только врачами-специалистами⁷.

Изначально земская медицина существовала на условиях частичной оплаты: обращения за советом к доктору и лекарства оплачивались, а стационарное лечение было бесплатным. Однако практика показала, что даже небольшая плата влечет меньшее количество обращений, а следовательно, рост числа заболевших, развитие эпидемий. Начиная с конца XIX в. земства отказываются от взимания платы с амбулаторных больных, и в земской медицине окончательно сформировался принцип бесплатности: бесплатно осуществлялось лечение в стационаре, амбулаторное лечение и предоставление необходимых лекарственных препаратов, проводились мероприятия против инфекционных болезней (применяя терминологию действующего законода-

тельства, противоэпидемические мероприятия⁸). Плата взималась только с приезжих из других уездов, что свидетельствует о появлении территориального принципа организации бесплатной медицинской помощи. Указанная форма предоставления медицинской помощи является прообразом современной системы государственного социального обеспечения⁹.

2 апреля 1903 г. было принято Положение об управлении земским хозяйством в губерниях Витебской, Волынской, Киевской, Минской, Могилевской, Подольской, где официально закреплялся принцип бесплатного получения медицинской помощи жителями губернии в лечебных учреждениях, содержащихся на ее средства. В иных же лечебных учреждениях (частных) жители могли получить помощь платно. Такая плата устанавливалась в соответствии с таксами, утвержденными министерством внутренних дел¹⁰. Данный принцип был воспринят советской властью, и в Конституции СССР 1936 г. впервые было закреплено право граждан на материальное обеспечение в старости, в случае болезни и потери трудоспособности¹¹. Его реализации способствовало широкое развитие социального страхования рабочих и служащих за счет государства, бесплатная медицинская помощь трудящимся, предоставление в пользование трудящимся широкой сети курортов. Ни одна из ранее действовавших Конституций не предусматривала этого права.

В соответствии с постановлением СНК СССР от 23 мая 1937 г. бюджет государственного социального страхования был освобожден от расходов на медицинскую помощь¹². Медицинская и лекарственная помощь стали предоставляться только за счет бюджетных средств, а право на медицинское обслуживание возникло у всех граждан независимо от того, застрахованы они или нет. Все это свидетельствует о планомерной реализации провозглашенного еще во времена Петра I принципа бесплатной медицинской по-

⁶ См.: *Мирский М. Б.* Медицина России X–XX веков: очерки истории. М.: РОССПЭН, 2005. С. 307.

⁷ См.: *Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации*: федер. закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. 2011. № 48, ст. 6724.

⁸ См.: *О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения*: федер. закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ // Собр. законодательства Рос. Федерации. 1999. № 14, ст. 1650.

⁹ См.: *Соколова Н. А.* Реализация прав граждан на медицинскую помощь: философско-правовые аспекты // Вестн. Ом. юрид. ин-та. 2011. № 1. С. 46–47.

¹⁰ См.: *Полное собрание законов Российской империи с 1649 г.* Т. 23: 1881–1913, ст. 22757. С. 352. URL: <http://www.nlr.ru>

¹¹ См.: *Известия ЦИК СССР и ВЦИК.* 1936. 6 дек.

¹² См.: *Лушикова М. В., Лушиков А. М.* Курс права социального обеспечения. М.: Юстицинформ, 2009.

мощи, реализация которого может предполагать введение медицинского страхования или обеспечение соответствующих расходов за счет государственного бюджета.

По мнению С. Г. Стеценко, можно говорить о формировании в этот период ряда основных законодательных новшеств: участковость в медицинском обслуживании сельского населения, плановость в проведении мероприятий, универсальность оказываемой медицинской помощи одним земским врачом, сочетание лечебной и профилактической направленности в деятельности, бесплатность оказания медицинской помощи¹³. Участковость оказания медицинской помощи подразумевала под собой прикрепление сельского населения к определенным больницам, которые находились поблизости. Во времена советской власти данный принцип также существовал, и его суть заключалась в том, что территория, которую обслуживает поликлиника, делилась на участки, за участком закреплялся ответственный врач-терапевт. Участково-территориальный принцип функционирует и в настоящее время¹⁴.

Одним из важнейших новшеств земской медицины являлось сочетание лечебной и профилактической направленности при оказании помощи. Занимаясь вопросами предотвращения заболеваний, врачи добивались снижения показателей смертности. К примеру, по данным статистики того времени, в 1897 г. численность населения была 125,6, а к 1914 г. составила 165,7 млн

человек, превышение же родившихся над умершими – около 41,2 млн человек¹⁵. Безусловно, немаловажную роль в снижении смертности сыграла развивающаяся медицина и меры профилактической направленности.

Таким образом, мы приходим к выводу, что возникшие еще во времена царской России принципы здравоохранения получили свое развитие в советском законодательстве, а впоследствии и в праве современной России. Принцип доступности медицинской помощи можно разделить на социально-экономическую составляющую (бесплатность) и территориально-организационную (участковость и т. п.). Возникший еще в XVIII в. принцип врачебной помощи лучше назвать квалифицированной медицинской помощью. Безусловно, исторический опыт показывает тесную связь медицинской и лекарственной помощи. Их постепенное и одновременное развитие прослеживается на всех этапах становления. Принцип государственного регулирования цен на лекарственные препараты обеспечивал доступность в их получении.

В процессе реформирования современной системы здравоохранения нельзя не учитывать эти принципы, которые прошли проверку временем и отражают представления о должном уровне солидарности в человеческом обществе в вопросах оказания медицинской помощи нуждающимся в ней людям и дополнения ее мерами социальной поддержки, в том числе в сфере лекарственного обеспечения.

¹³ См.: *Стеценко С. Г.* Медицинское право : учебник. СПб. : Юрид. центр Пресс, 2004. С. 120.

¹⁴ См.: *Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации...*

¹⁵ См.: *Сифман Р. И.* Динамика численности населения России за 1897–1914 гг. // Брачность, рождаемость, смертность в России и в СССР : сб. ст. М. : Статистика, 1977. С. 80–81.