

**Паевская Светлана Леонидовна**

старший преподаватель

ЧОУ ВО «Санкт-Петербургский университет

технологий управления и экономики»

г. Санкт-Петербург

## **ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА ГРАЖДАН НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В РФ: ТРУДНОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЗАЩИТЫ**

***Аннотация:** в статье рассматривается историческая эволюция института защиты здоровья в России от обычного права до современной системы. Проанализированы современные вызовы: неравенство доступа, кадровый дефицит, низкое финансирование, опасные рекомендации медицинских блогеров. Предложены меры: реестр блогеров, маркировка контента, блокировка опасной информации. Обоснована необходимость кодификации медицинского законодательства.*

***Ключевые слова:** правая система, источник права, медицинская деятельность, доступ к медицинскому обслуживанию, цифровые технологии, системная кодификация.*

История зарождения и становления института защиты здоровья человека – это длительный и многовековой процесс, который неразрывно связан с развитием и формированием российской государственности и правовой системы. Каждому периоду присущи свои уникальные черты и особенный подход к пониманию и определению субъектного состава медицинской деятельности, объёму прав пациентов и законодательному закреплению.

Первыми источниками медицинского права являются обычаи славянских племён, которые впоследствии превратились в обычное право [5]. В Древнерусском государстве медицина развивалась по нескольким направлениям: *народная,*

монастырская, светская. В Киевской Руси во времена язычества и веры в природное могущество главными способами лечения являлись *заговоры и заклинания*.

К концу X в. монастырское врачевание и массовое крещение Руси вытеснили язычество, поэтому православие, заимствованное из Византии, привнесло в Древнюю Русь установившуюся там связь церковей с лечением. Вскоре стали появляться первые больницы при монастырях. Самые ранние упоминания о правовом регулировании врачевания находят своё отражение в «Русской Правде» и в «Церковном Уставе» 996 года Владимира Святославича [1].

Вплоть до конца XV века медицинская деятельность осуществлялась преимущественно монастырскими врачами. Переломным моментом стало развитие и укрепление Московского государства, которое поспособствовало возникновению и зарождению государственной медицины. По инициативе Ивана IV Грозного в 1520 году была учреждена Аптекарская палата, которая спустя некоторое время была преобразована Борисом Годуновым в Аптекарский приказ, деятельность которого регулировала организацию медицинского обеспечения [8]. В 1653 году при Стрелецком приказе была открыта школа костоправов, а в 1654 году при Аптекарском приказе – первая школа русских лекарей. Пётр I издал серию указов, которые улучшали санитарное состояние города и систематизировали деятельность медицинских учреждений (Воинский устав 1716 года и Морской устав 1720 года) [6]. В 1768 году впервые по инициативе Екатерины II было проведено прививание оспы. В эпоху правления Александра I произошла реорганизация органов управления здравоохранением: на смену Медицинской коллегии пришёл Медицинский департамент, включённый в структуру Министерства внутренних дел. Правовое регулирование медицинской деятельности в период с 1857 года по октябрь 1917 года обеспечивалось Единым Врачебным Уставом, закреплявшим нормы медицинского права. Параллельно развивалась земская медицина, основанная на участковом принципе обслуживания сельского населения. В 1917 году медицина в России представляла собой децентрализован-

ную и разрозненную систему, которая включала в себя *земскую, фабричную, городскую и ведомственную медицину* без какого-либо единого центра управления и руководящего органа. Период после Октябрьской революции знаменуется реформированием и существенным изменением вышеназванной медицинской системы и формированием уникальной и новой государственной модели здравоохранения.

В условиях Великой Отечественной войны деятельность системы здравоохранения была сконцентрирована на четырёх основных направлениях: *лечение раненых, предупреждение и пресечение эпидемий, защита здоровья детей и медицинское обеспечение тыла*. Значимым итогом этого периода стало формирование комплекса инновационных подходов к лечению.

Вывести медицинскую науку на уровень самостоятельной отрасли права и задать отдельное направление государственного управления позволила организация Академии медицинских наук СССР в 1944 году. Период начала 1990-х годов негативно повлиял на систему здравоохранения. Но, несмотря на значительные трудности и кризис, система здравоохранения не утратила своей функциональности. После распада Советского Союза в 1991 году наступил новый, современный этап нормативного правового регулирования медицинской деятельности. Система здравоохранения приобрела многоуровневую структуру: *государственная, муниципальная и частная*, а законодательное регулирование – сочетать в себе *международный, федеральный и региональный уровни*, а также подзаконные акты. Таким образом, история становления института оказания медицинской помощи и защиты здоровья человека в России позволяет выделить три качественно разных этапа институциональной эволюции: *дореволюционный, советский и постсоветский*. Каждый исторический этап сформировал действующие до сих пор правовые механизмы, например территориальный подход к организации медицинской помощи и разделение компетенций между федеральным и региональным уровнями. Обеспечение здоровья граждан в России исторически основывалось на главенствующей роли государства в предоставлении медицинских услуг.

Обращение к историко-правовому материалу позволяет утверждать, что в иных отраслях права внедрение аналогичных унифицированных и кодифицированных конструкций объективно повышало эффективность правовой защиты всех категорий участников соответствующих правоотношений. Следовательно, легитимация медицинского права посредством разработки специального кодифицированного акта является закономерным и обоснованным этапом развития отечественной правовой системы. Рассматривая такое явление, как человеческая жизнь, появляется понимание, что важным аспектом выступает не только само существование индивида, но также качество жизни и полноценность реализации возможностей человека в процессе жизнедеятельности.

За последние несколько десятилетий право на медицинскую помощь и заботу о здоровье стало одним из важнейших в праве. Особенно отчётливо это становится заметно на фоне глобализации, войн, изменения климата, миграции и растущего неравенства – как социального, так и экономического. Пандемии, распространение хронических болезней, войны и демографическое старение – всё это делает соблюдение правовых стандартов в здравоохранении всё более актуальным.

Современная система здравоохранения РФ представляет собой интегрированную структуру, объединяющую *государственный, муниципальный и частный секторы*. Её функционирование обеспечивается совокупностью органов власти, реализующих управленческие полномочия посредством специальных механизмов. Данные механизмы позволяют осуществлять регулирование отрасли – в том числе через инструменты долгосрочного и оперативного планирования, – а также проводить контроль на базе действующего нормативно-правового регулирования. При этом здоровье населения выступает ключевым фактором благосостояния нации: оно обуславливает качество жизни граждан, их трудоспособность, возможности для создания семьи и вклад в социально-экономическое развитие государства.

Одним из острых вызовов, стоящих перед российским здравоохранением, выступает неравенство доступа к медицинскому обслуживанию. Самый низкий

уровень удовлетворённости медицинским обслуживанием отмечен в Пермском крае (40,4%) и Херсонской области (42,2%) по состоянию на май 2026 года [9]. Более позитивные оценки качества получаемых услуг фиксируются в мегаполисах, где запускаются масштабные программы по обновлению инфраструктуры и привлекаются высококвалифицированные специалисты. В Москве и Санкт-Петербурге уровень удовлетворённости в 1,5 раза превышает общероссийский показатель. Также актуальным вопросом для здравоохранения является привлечение кадров. Согласно данным исследования ВЦИОМ, значительная часть респондентов фиксирует ключевые проблемы системы здравоохранения: 83% указывают на дефицит кадров и недостаток компетенций у медицинских работников (в том числе на нехватку врачей и их высокую загруженность), а 70% – на низкую доступность медицинских услуг, обусловленную территориальной удалённостью учреждений и недостаточным количеством больниц [4].

Активное внедрение цифровых технологий и растущий интерес к дистанционному медицинскому консультированию приводят к тому, что многие пользователи получают информацию о здоровье через онлайн-ресурсы. Но при этом значительная доля так называемых «медицинских блогеров» даёт опасные рекомендации, опираясь не на доказательную базу, а на личный опыт или сомнительные интернет-источники [3]. Проблему их распространения можно решить введением принципа «разрешено просвещать, но запрещено лечить без диплома», подкреплённого проверкой достоверности информации, жёсткой маркировкой контента и быстрой блокировкой откровенно опасных материалов, а также внесением поправок в Федеральный закон №323-ФЗ и Кодекс об административных правонарушениях, прямо определив, что публичное распространение персонализированных рекомендаций диагностического или лечебного характера лицом, не имеющим медицинского образования и не состоящим в реестре, является незаконным занятием медицинской деятельностью и влечёт административный штраф. Параллельно с запретами нужно вводить в школах и поликлиниках памятки и короткие курсы для пациентов, особенно пожилых, о том, как отличить

настоящего врача от мошенника в интернете. В Государственной Думе обсуждается возможность создания реестра медицинских блогеров и введения обязательной маркировки их контента [2]. Добровольно-обязательная верификация через портал Госуслуг позволит определять, есть ли у человека действующая медицинская аккредитация, которая будет подтверждаться отметкой «Врач» на основных цифровых платформах. Также необходим инструмент быстрого реагирования. В случае выявления в контенте призывов к отказу от лечения заболеваний, опасных для окружающих, либо пропаганды методов терапии, отнесённых к запрещённым (в том числе научно не обоснованных), целесообразно наделить Росздравнадзор полномочием направлять требование о блокировке информации непосредственно в Роскомнадзор, минуя длительные судебные процедуры.

Право на медицинскую помощь ничего не стоит, если оно не подкреплено реальной возможностью получить лекарство здесь и сейчас, особенно когда речь идёт о жизненно важных препаратах. Низкий норматив финансирования программ лекарственного обеспечения ограничивает возможности поддержки всех нуждающихся. В 2025 году расходы на здравоохранение составили 3,5% от валового внутреннего продукта Российской Федерации, что ниже показателей предыдущих лет [7].

Фрагментарность и противоречивость действующего правового регулирования, размытость понятий и отсутствие эффективных механизмов баланса между бесплатной и платной медициной свидетельствуют о необходимости переход к качественно иному этапу – системной кодификации. Разработка и принятие Медицинского кодекса как единого, внутренне согласованного акта прямого действия назрела в полной мере. Такой акт создаст единый, внутренне непротиворечивый свод правил с чёткой иерархией, где будут собраны все основные принципы и нормы в одном документе, что резко упростит правоприменение.

Таким образом, институт оказания медицинской помощи прошёл сложный путь от первобытного врачевания, заговоров и земских форм организации до централизованной государственной модели советского периода и последующего пе-

рехода к современной многоуровневой структуре. Каждый исторический этап закладывал фундаментальные принципы, итогом чего стало конституционное признание права на здоровье в качестве неотъемлемого социального блага. Система законодательства в области медицины в Российской Федерации подошла к этапу, требующему глубокой структурной модернизации. Перспективы совершенствования правоприменительной практики напрямую связаны с необходимостью кодификации медицинского законодательства и устранения коллизий между техническими регламентами, клиническими рекомендациями и нормами права. Решение описанных проблем требует не точечных поправок, а принятия согласованной концепции развития медицинского права, основанной на балансе публичных интересов государства и частных прав пациента.

### *Список литературы*

1. Баранкова Г.С. Изборник Святослава 1073 / Г.С. Баранкова // Большая российская энциклопедия. – Т. 10. – 2016. – URL: <https://old.bigenc.ru/> (дата обращения: 03.06.2026).
2. В Госдуме предложили создать открытый реестр врачей-блогеров на портале госуслуг // Российская газета. – 2025. – URL: <https://rg.ru/2025/> (дата обращения: 03.06.2026).
3. В Сеть с лицензией: блогеров в сфере медицины и финансов обяжут получать профобразование // Российская газета. – URL: <https://rg.ru/2025/> (дата обращения: 03.06.2026).
4. Здравоохранение в России: мониторинг // ВЦИОМ: официальный сайт. – URL: <https://wciom.ru/> (дата обращения: 03.06.2026).
5. Назарова И.В. Из истории становления и развития медицинского права в Российской Федерации / И.В. Назарова // Вестник Института права Башкирского государственного университета. – 2024. – №3(23).
6. Пашков К.А. Семашко – первый нарком здравоохранения: монография ... доктора медицинских наук / К.А. Пашков. – М.: Полиграф Вектор, 2024. – С. 86.

EDN BDJDLT

7. Попов С.И. Лекарственное обеспечение граждан РФ за счет средств федерального бюджета: особенности и проблемы / С.И. Попов, С.С. Самсонова // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Государственное и муниципальное управление. – 2024. – Т. 11. №2. – С. 216. DOI 10.22363/2312-8313-2024-11-2-212-220. EDN KTUZLY

8. Самищенко С.С. Судебная медицина / С.С. Самищенко. – М.: Юрайт, 2026. – С. 105.

9. Удовлетворенность населения медицинской помощью по результатам оценки общественного мнения // Единая межведомственная информационно-статистическая система (ЕМИСС): официальный сайт. – URL: <https://fedstat.ru/indicator/> (дата обращения: 03.06.2026).