

Научная статья

УДК 316.354.2; 316.473; 65.015.3

<https://doi.org/10.18522/2658-5820.2025.4.8>

EDN UWWCEE

Менеджериализация российского законодательства о деятельности медицинских организаций**Юлия И. Исакова¹**¹ Донской государственный технический университет

г. Ростов-на-Дону, Россия

e-mail: isakova.pravo@bk.ru

Аннотация

Введение. Предпринимается попытка систематизировать законодательство о деятельности медицинских организаций с точки зрения принятой в настоящее время федеральным центром управленческой идеологии. Актуальность определяется высоким уровнем значимости здравоохранения для современного общества. Цель исследования сформулирована как выявление реального содержания менеджериализации российского законодательства о здравоохранении исходному замыслу начальной стадии реформы.

Методы. Исследование выполнено на основе теоретического подхода Д. Осборн и П. Пластрик, в котором раскрываются фундаментальные основы менеджеристской модели управления. Адаптация общей менеджеристской теории к российским условиям показана через применение работ таких отечественных ученых как В.В. Вольчик и Е.В. Маслюкова, А.В. Дятлов и В.В. Ковалев, М.В. Курбатова и др. Основной эмпирический метод – анализ документов.

Результаты и их обсуждение. Показано, что начальный замысел менеджеристской реформы, которая оформлялась соответствующими нормативными актами, не вполне соответствует финальному результату. Идея состояла в создании модели государственного менеджериализма, при которой государство получит рычаг для распределения финансовых ресурсов строго по показателям эффективности отдельных медицинских организаций. Создания в такой конструкции нормативная модель была преобразована под давлением медицинской общественности в гибридную конструкцию, включающую в себя несколько управленческих практик. В текущий момент финансирование здравоохранения проводится через институт государственного задания, который имеет неоднозначный характер. Отчасти в нем сохраняются элементы государственного менеджериализма, но в значительной степени он действует по менеджеристским правилам, разработанным для коммерческих корпораций. Это порождает противоречивость, неопределенность, неясность в правосубъектности и правоспособности медицинских организаций.

Ключевые слова: менеджериализация; нормативные акты; управление; здравоохранение; медицинские организации; рейтинг; KPI; эффективный контракт.

Для цитирования: Исакова Ю.И. (2025). Менеджерализация российского законодательства о деятельности медицинских организаций. *Caucasian Science Bridge*, 8 (4), С. 144-153. <https://doi.org/10.18522/2658-5820.2025.4.8>

Managerialization of Russian legislation on the activities of medical organizations

Yulia I. Isakova¹

¹Don State Technical University

Rostov-on-Don, Russia

e-mail: isakova.pravo@bk.ru

Abstract

Introduction. An attempt is made to systematize the legislation on the activities of medical organizations from the point of view of the management ideology currently adopted by the federal center. The relevance is determined by the high level of importance of healthcare for modern society. The purpose of the study is formulated as revealing the real content of the managerialization of Russian legislation on healthcare to the initial idea of the initial stage of reform.

Methods. The study is based on the theoretical approach of D. Osborn and P. Plastrik, which reveals the fundamental principles of the managerial model of management. The adaptation of general managerial theory to Russian conditions is shown through the use of the works of such Russian scholars as V.V. Volchik and E.V. Maslyukova, A.V. Dyatlov and V.V. Kovalev, M.V. Kurbatova, and others. The main empirical method is document analysis.

Results and its discussion. It is shown that the initial concept of the managerial reform, which was formalized by relevant regulatory acts, does not fully correspond to the final result. The idea was to create a model of state managerialism, in which the state would have the leverage to distribute financial resources based on the performance indicators of individual medical organizations. However, the regulatory model was transformed into a hybrid structure that includes several management practices under pressure from the medical community. Currently, healthcare funding is provided through the institution of the state assignment, which has a controversial nature. In part, it retains elements of state managerialism, but to a large extent, it operates according to managerialist rules developed for commercial corporations. This creates inconsistencies, uncertainty, and ambiguity in legal personality and legal capacity.

Keywords: managerialization; regulations; management; healthcare; medical organizations; rating; KPI; effective contract.

For citation: Isakova Yu.I. (2025). Managerialization of Russian legislation on the activities of medical organizations. *Caucasian Science Bridge*, 8 (4), P. 144-153. <https://doi.org/10.18522/2658-5820.2025.4.8>

Введение

Менеджеристская идеология стала источником принятия управленческих решений во всех сферах российского социума. Не осталась в стороне и система здравоохранения. Здесь действует та же самая логика, с помощью которой объясняется необходимость перехода на новое государственное управление для образования и других социальных институтов. Она сводится к необходимости сделать правительство «более дешевым». Охватывая ситуацию чуть шире, можно сказать о задачах снижения расходов на бюджет

в непроизводящем секторе. Менеджеристское управление нацеливалось именно на это. Говоря конкретнее о медицинских организациях, инициаторы реформ следовали принципу коммерциализации профессиональной деятельности работников здравоохранения. Врачи и медицинские сестры должны научиться зарабатывать деньги и в автономном от государства режиме обслуживать свои финансовые потребности. Это позволило бы снизить им гарантированные федеральными нормами заработные платы, а самим образовательным организациям перейти на нечто подобное хозяйственной самостоятельности, включая закупку медтехники для диагностики, лечения и реабилитации пациентов.

До 2014 года, когда власть последовательно стала принимать нормативные акты, соответствующие духу нового государственного управления, всё финансирование было или прямо заложено бюджетом, или регулировалось через инструменты фондов обязательного медицинского страхования (ОМС). В последнем случае считай посредством государства, т.к. ФОМС и его территориальные подразделения институционально выстроены в опоре на бюджетные ресурсы. Менеджериализация российского законодательства о деятельности медицинских организаций по замыслу реформаторов должна была эту связь разорвать, создав условия для применения принципов коммерциализации и конкуренции в профессиональной деятельности работников здравоохранения. Таким образом, исходная задача состояла в превращении медицинских организаций в квазикommerческие образования, способные снизить бремя бюджетных расходов у государства.

Опираясь на сказанное выше, цель сформулируем как выявление реального соответствия менеджериализации российского законодательства о здравоохранении исходному замыслу начальной стадии реформы.

Методология и методы исследования

Поскольку предметное поле данной статьи определено в тематическом ракурсе менеджериализма, то и теоретические подходы в статье применяются сообразно сформулированной тематике. Наиболее продуктивными для разработки методологии и работы с эмпирическими данными нам представляются идеи, высказанные в книге Д. Осборн и П. Пластрик «Управление без бюрократов» (Осборн, Пластрик, 2001). Также полезными в обозначенном качестве мы сочли идеи отечественных ученых, работающих в критическом пространстве переосмысления результатов менеджеристского управления, полученных в процессе практического применения представленной модели уполномоченными органами власти в Российской Федерации: В.В. Вольчик и Е.В. Маслюкова (Вольчик, Маслюкова, 2019), А.В. Дятлов и В.В. Ковалев (Ковалев, Дятлов, 2024; Дятлов, Ковалев, 2025), М.В. Курбатова (Курбатова, 2016) и др. Благодаря указанным авторам, мы сформировали свое собственное представление о задачах менеджеристского управления в сфере здравоохранения, и получили возможность осмыслить внутренние закономерности трансформации законодательства, регулирующего деятельность медицинских организаций.

Основной эмпирический метод, который применялся в нашем исследовании – анализ документов. Таковыми выступают нормативные акты разных уровней: федеральные, региональные, локальные. Их сочетание позволит выстроить заданную

систему нормативных взаимосвязей, легитимирующих для конкретных учреждений здравоохранения – больниц, поликлиник, родильных домов, амбулаторий – право применять институциональный потенциал менеджеризма в своих управленческих практиках и в ходе коммуникации с пациентами (клиентами).

Результаты исследования

Основным законом нашей страны, как общеизвестно, является Конституция. В ч. 1 ст. 41 дана определенная и ясная дефиниция по вопросам оказания медицинской помощи: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Здесь отсутствуют даже намеки на наличие менеджеристской идеологии. Конституционная норма не допускает конкуренции между медицинскими организациями, перевод части медицинской помощи на коммерческую основу, не легализует понятие «услуги» в пространстве коммуникаций по оказанию медицинской помощи. Специально подчеркивается, что помощь оказывается гражданам бесплатно. Не предполагается, что за какие-то виды медицинских воздействий допускается взимание денежной платы. Делается акцент на том, что бесплатная помощь предоставляется в медицинских учреждениях, находящихся на балансе государственных и муниципальных органов власти. Очевидно, что за этим стоит допущение о наличии коммерческого сектора медицины, который живет по другим правилам, где пациент считается клиентом, а общественное благо – частной услугой.

Как видно, конституциональные нормы о здравоохранении не претерпели видоизменений даже после масштабного внесения поправок 1 июля 2020 г. Между тем, уже тогда всю предпринимались попытки коренным образом преобразовать нормативный порядок и создать новую нормальность для функционирования медицинских организаций. Эта нормальность создавалась на основе транзита актов законодательства в квазирыночный институт.

Первым шагом в указанном направлении стало принятие 21 ноября 2011 г. нового федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ-№323). Идеи о преобразовании российского государства в публичный институт сервисного типа обсуждались задолго до 2011 г. Во многом прообразом для них стали реформы, которые проводились администрацией Б. Клинтона в США в 90-гг. прошлого века, а ещё ранее – правительством М. Тэтчер в Великобритании. Во многом именно их опыт был осмыслен Д. Осборном и П. Пластриком и описан в рамках концепта предпринимательское государство. Если коротко, то суть этого понятия сводится к деbüroкратизации управления, установлении четких метрик эффективности для государственных служащих (государственных регламентов, преобразованных в ключевые показатели эффективности (далее – KPI)), коммерциализации профессионального мышления всех сотрудников бюджетных организаций, даже если их нельзя причислить к традиционно понимаемой бюрократии. Всё, что связано с государственным финансированием, должно измениться. Бюрократическое государство с точки зрения последователей менеджеристской идеологии априори не может быть эффективным. Оно затратно, не способно достигать социально значимых целей, не

управляемо. Если расходы на оказание услуг от государства перенести на общество и отождествить граждан с клиентами, а государство преобразовать в сервисные службы и агентства, где все работники трудятся строго по KPI, то автоматически включатся механизмы рыночного мышления («чем больше я работаю, тем больше получаю»; «бесплатный сыр бывает только в мышеловке»; «качественная услуга не может быть дешевой»). Перечисленные нарративы – это следствие обменных процессов, возникших под воздействием успешности сделок эквивалентного характера в рыночном секторе экономики. Закрепленный положительный результат трансформировался в установки согласия действовать определенным образом, а не иначе.

Такой же порядок последователи менеджериализма, как положительный опыт рыночных коммуникаций, посчитали нужным и допустимым воссоздать в нерыночных социальных институтах. Отмеченный выше ФЗ-№323 вобрал в себя несколько менеджеристских установок.

Прежде всего, легализуется понятие медицинская услуга. В статье 2 ФЗ-№323 она сформулирована как «медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение» (Федеральный, 2011). На данный момент слово услуга упоминается в приведенном Законе девятью разами. Немало для сравнительно небольшого нормативно-правового акта. Но главное даже не столько количество, сколько отождествление понятий «услуга» и «помощь», что, очевидно, по замыслу реформаторов должно было облегчить медицинскому персоналу перейти на новый понятийный аппарат. Концептуальные изменения в законодательстве подкрепляются новыми формами правоспособности как медицинских организаций, так и пациентов (клиентов), отныне выступающих в статусах, соответственно, производителей и потребителей медицинских услуг. Статья 19 ФЗ-№323 закрепляет право каждого нуждающегося в медицинской помощи на получение платных медицинских услуг. При этом Закон ничего не сообщает о том, что речь идет исключительно о коммерческих медицинских организациях. В нем как раз не делается никаких различий, и это открывает муниципальным и государственным больницам широкий простор для коммерциализации своей деятельности. В статье 76 ФЗ-№323 проговаривается, что коммерческие услуги предоставляются не в произвольном порядке, а посредством заключения специальных соглашений по тарифам. Иначе говоря, цены на них в государственных учреждениях устанавливаются не стихийным рынком, а организованно. Впрочем, их коммерческую природу это не отменяет. Дополнительно нужно сказать о том, что некоммерческие медицинские учреждения имеют нормативно обеспеченную возможность оказывать коммерческие услуги и немедицинского характера, то есть за пределами своей профильной правоспособности, но только если они имеют сопутствующий, а не основной характер.

Проанализированный Закон обеспечил перспективы для дальнейшей менеджериализации институциональных правил, регулирующих деятельность медицинских организаций. Планы законодателей полностью укладывались в рамки т.н. государственного менеджериализма. Это особая модель управления, при которой государство оказывается главным актором в организации квазирыночного пространства, определяющего распределение финансовых ресурсов по итогам

конкуренции между медицинскими организациями. При детальном приближении эта модель достаточно проста. Каждая больница и другие учреждения, находящиеся в ведении министерства здравоохранения или муниципальных органов власти, получает свой собственный KPI. Это четко сформулированные показатели эффективности, измеряемые в баллах, процентах или иных метриках. Заинтересованность медицинских работников трудиться по метрикам прямо пропорционально способности персонала получать дополнительные выплаты, производные от эффективных контрактов или личных рейтингов. От успешности выполнения KPI складывается рейтинг каждой медицинской организации. А это, в свою очередь, предопределяет объемы государственного финансирования и размер средств от ФОМС на оказание медицинских услуг и хозяйственно-управленческую деятельность.

Данная конфигурация правил чуть ранее была апробирована на примере высшего образования и действует в нём по настоящий момент (Каверн, 2014). Перечисленные идеи должны были получить легализацию посредством Приказа Министерства здравоохранения РФ от 12 сентября 2014 г. № 503 «Об организации работы по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» (Приказ, 2014). Этот документ, действительно, был принят, но просуществовал недолго. Спустя шесть месяцев его отменили Приказом Министерства здравоохранения РФ от 14 мая 2015 г. № 239 «О признании утратившими силу приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2013 г. № 810а и от 12 сентября 2014 г. № 503» (Приказ, 2015). Причиной отмены стало резкое неприятие со стороны общественности и профессионального медицинского сообщества. Возникли опасения в том, что столь откровенное превращение медицинских учреждений в «рынок» приведет к резкому падению качества медицинской помощи (Николаев, 2015).

Полный отход от менеджеризации законодательства о деятельности медицинских организаций не состоялся. Отказ от идеи формировать рейтинг на федеральном уровне как условие распределения финансов был заменен перемещением инструментов, обеспечивающих содействие коммерциализации и конкуренции на локальный уровень. Самое же финансирование стало осуществляться посредством государственного задания. Документом об этом был принят Постановлением Правительства РФ от 26 июня 2015 г. № 640 «О порядке формирования государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) в отношении федеральных государственных учреждений и финансового обеспечения выполнения государственного задания». В значительной степени оно формируется на основе затратного метода, что предполагает строгий расчет всех функциональных потребностей как самой медицинской организации, так и конкретного рынка медицинских услуг, где эта организация работает. Невыполнение заданного объема государственного задания, как правило, ведет к снижению финансирования на следующий финансовый год.

Чтобы этого не произошло основной массив менеджеристских практик применения рейтингов, KPI и эффективных контрактов перемещается на региональный и локальный уровень. Исключением следует считать лишь эффективные контракты, т.к. их типовой формат для руководителей медицинских организаций разрабатывался отдельно от общих универсальных правил, имеющих в Распоряжении Правительства Российской

Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» (Распоряжение, 2012). Во всех остальных случаях, то есть для персонала медицинских организаций, эффективный контракт можно считать неким принципом, посредством которого легализуются низкие оклады для врачей и медсестер, выступающие по замыслу реформатором мотивационным стимулом для интенсивной работы на рейтинг и KPI.

Также ещё одной особенностью следует указать то, что отдельные учреждения в системе здравоохранения находятся в режиме прямого государственного управления по ключевым показателям эффективности. Для этих целей принят Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 апреля 2020 г. №387н (Приказ, 2020). Им даны строго фиксированные государством KPI, устанавливающие конкретные показатели эффективности, выраженные в числовых измерениях, процентных, балльных и иных видах метрик. Всего в Приказе перечислено двадцать три разновидности медицинских организаций. Некоторые из них имеют уникальный характер и представлены в единственном числе (например, «Терский лепрозорий»), но в основном группируются по общему типологическому признаку: научно-исследовательские, санаторно-курортные, психиатрические и образовательные организации. Для них составлены отдельные KPI, из которых складываются рейтинги и эффективные контракты на локальном уровне.

Основная масса медицинских организаций имеет право самостоятельно решать какие виды метрик и в каком объеме нужно использовать в качестве индикаторов эффективности. Поэтому большая часть нормативных актов, имеющих менеджеристский характер, принимается в больницах и в иных учреждениях здравоохранения внутренними департаментами, уполномоченными осуществлять нормотворчество. Проведенный анализ имеющихся в доступности документов показал, что, во всяком случае формально, медицинские организации имеют локальные акты, в которых четко определены все необходимые для составления индивидуальных рейтингов эмпирические индикаторы. В подавляющем большинстве случаев квалиметрия принята в балльном измерении, значительно реже – в процентном. Правда, важно отметить, что каких-то формул, переводящих баллы в денежный эквивалент, нигде не предусмотрено. Полагаем, это оставляет известный простор для субъективизма, что с высокой долей вероятности обесмысливает всю эту нормативную конструкцию.

Заключение

В заключении будет правильным, если мы вернемся к цели и попробуем дать ответ на вопрос, который из нее логически следует. Итак, цель была определена как выявление реального содержания менеджериализации российского законодательства о здравоохранении исходному замыслу начальной стадии реформы. Напомним, что начальный замысел заключался в создании модели государственного менеджериализма, при которой государство получит рычаг для распределения финансовых ресурсов строго по показателям эффективности отдельных медицинских организаций. Такой вариант организации управления, действительно, был создан. Однако просуществовал он недолго, т.к. вызвал протесты со стороны медицинского сообщества. В текущий момент финансирование здравоохранения проводится через институт государственного

задания, который имеет гибридный характер. Отчасти в нем сохраняются элементы государственного менеджеризма, но в значительной степени он действует по менеджериалистским правилам, разработанным для коммерческих корпораций. Это порождает некоторую противоречивость, неопределенность, неясность в правосубъектности и правоспособности медицинских организаций.

Литература

Вольчик, В.В. Реформы, неявное знание и институциональные ловушки в сфере образования и науки / В.В. Вольчик, Е.В. Маслюкова // Terra Economicus. – 2019. – №17. – С. 146-162. <https://doi.org/10.23683/2073-6606-2019-17-2-146-162>.

Дятлов, А.В. Менеджеристские основы нормативно-подушевого финансирования высшего образования и его социальные эффекты / А.В. Дятлов, В.В. Ковалев // Вестник Института социологии. – 2025. – Том 16, № 3. – С. 203–228. <https://doi.org/10.19181/vis.2025.16.3.11>

Каверн, И.В. Нормативно-подушевое финансирование высшего образования / И.В. Каверн // Советник в сфере образования. – 2014. – № 2. – С. 18-23.

Ковалев, В.В. Профессиональная культура преподавателей в условиях менеджеристского управления (на примере вузов юга России) / В.В. Ковалев, А.В. Дятлов // Oriental Studies. – 2024. – Т. 17, №4. – С. 849-869. <https://doi.org/10.22162/2619-0990-2024-74-4-849-869>.

Курбатова, М.В. Реформа высшего образования как институциональный проект российской бюрократии: содержание и последствия // Мир России. – 2016. – Т. 25. – №4. – С. 59-86.

Николаев, В.Г. Реформа российского здравоохранения и ценностные конфликты профессионализма / В.Г. Николаев // Журнал исследований социальной политики. – 2015. – Том 13. – №4. – С. 611-626.

Осборн, Д. Управление без бюрократов / Д. Осборн, П. Пластрик. – М.: Прогресс, 2001. – 536 с.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 апреля 2020 г. №387н «Об утверждении показателей эффективности деятельности федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении министерства здравоохранения Российской Федерации, и их руководителей». URL: <https://docs.cntd.ru/document/565039821?section=text>.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 12 сентября 2014 г. № 503 «Об организации работы по формированию рейтингов государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70663238/>.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 мая 2015 г. №239 «О признании утратившими силу приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2013 года №810а и от 12 сентября 2014 года №503». URL: <https://docs.cntd.ru/document/420276527>.

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». URL: <https://base.garant.ru/70292398/>.

Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2025). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/.

Reference

Volchik V.V., Maslyukova E.V. Reforms, Tacit Knowledge, and Institutional Traps in Education and Science. *Terra Economicus*. 2019; 17: 146-162. <https://doi.org/10.23683/2073-6606-2019-17-2-146-162>. (In Russ.)

Dyatlov A.V., Kovalev V.V. Managerial Foundations of Normative Per capita Financing of Higher Education and Its Social Effects. *Vestnik Instituta sociologii = Bulletin of the Institute of Sociology*. 2025; 16(3): 203–228. <https://doi.org/10.19181/vis.2025.16.3.11>. (In Russ.)

Kavern I. V. Normative-per capita financing of higher education. *Sovetnik v sfere obrazovaniya = Advisor in the field of education*. 2014; 2: 18-23. (In Russ.)

Kovalev V.V., Dyatlov A.V. Professional Culture of Teachers in the Context of Managerial Management (Based on the Example of Universities in the South of Russia). *Oriental Studies*. 2024;17(4): 849-869. <https://doi.org/10.22162/2619-0990-2024-74-4-849-869>. (In Russ.)

Kurbatova M.V. Reform of Higher Education as an Institutional Project of the Russian Bureaucracy: Content and Consequences. *Mir Rossii = The World of Russia*. 2016; 25(4): 59-86. (In Russ.)

Nikolaev V.G. Reform of Russian Healthcare and Value Conflicts of Professionalism. *Zhurnal issledovanij social'noj politiki = Journal of Social Policy Research*. 2015; 13(4): 611-626. (In Russ.)

Osborn D., P. Plastrik P. Management without Bureaucrats. Moscow: Progress, 2001. 536 p.

Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 387n dated April 29, 2020 "On Approval of Performance Indicators for Federal State Institutions under the Ministry of Health of the Russian Federation and Their Heads". URL: <https://docs.cntd.ru/document/565039821?section=text>.

Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated September 12, 2014 No. 503 "On the organization of work on the formation of ratings of state (municipal) institutions providing services in the field of healthcare". URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70663238>.

Order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated May 14, 2015 No. 239 "On recognition as invalid effective by Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 810a dated October 31, 2013 and No. 503 dated September 12, 2014". URL: <https://docs.cntd.ru/document/420276527>.

Decree of the Government of the Russian Federation dated December 28, 2012 No. 2599-r "On Approval of the action plan (roadmap) "Changes in social sectors aimed at improving the efficiency of healthcare". URL: <https://base.garant.ru/70292398>.

Federal Law No. 323-FZ of 11/21/2011 (as amended on 12/28/2024) "On the Fundamentals of Public Health Protection in the Russian Federation" (as amended and supplemented, intro. effective from 03/01/2025). URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895.

Дата получения рукописи: 07.11.2025

Дата окончания рецензирования: 22.11.2025

Дата принятия к публикации: 24.11.2025

Информация об авторе

Исакова Юлия Игоревна – доктор социологических наук, декан юридического факультета, Донской государственной технической университет, г. Ростов-на-Дону, Россия; e-mail: isakova.pravo@bk.ru

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов

Information about the author

Isakova Yulia Igorevna – Doctor of Sciences in Sociology, Dean of the Faculty of Law, Don State Technical University, Rostov-on-Don, Russia; e-mail: isakova.pravo@bk.ru

The author declares no conflict of interests